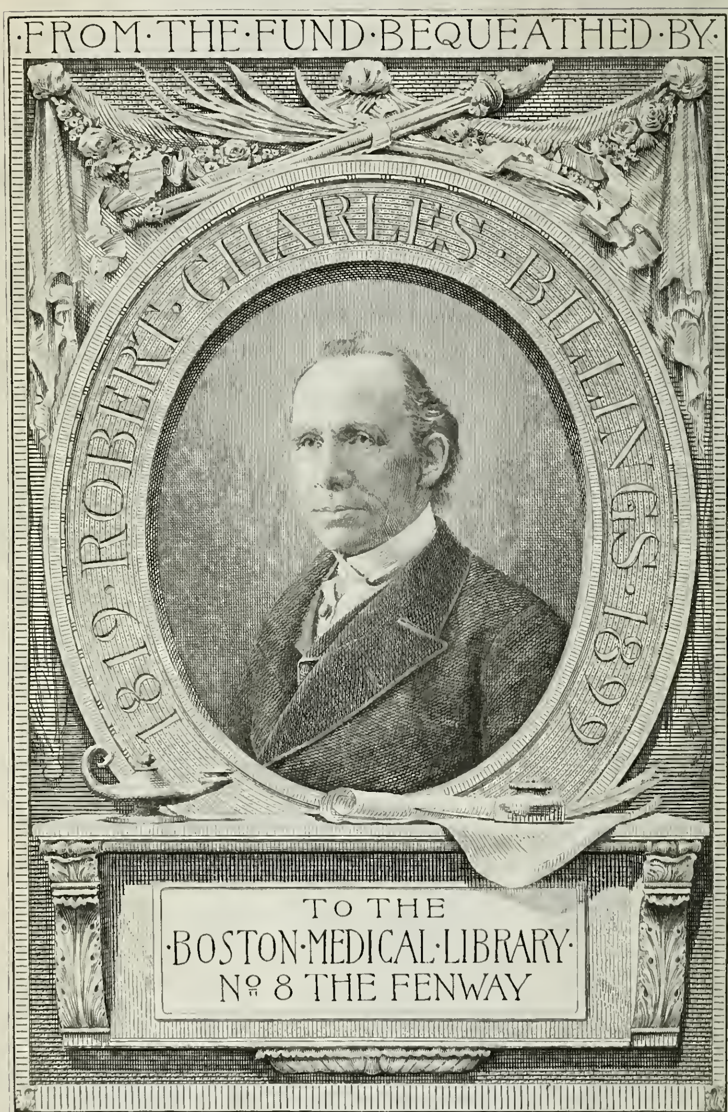
CH. FÉRÉ



Le Traitement des Aliénés dans les Familles




·FROM·THE·FUND·BEQUEATHED·BY·
1819·ROBERT·CHARLES·BILLINGS·1899
TO THE
·BOSTON·MEDICAL·LIBRARY·
No 8 THE FENWAY
S·L·S - 1903

A Mr F.B. Sanborn
Ses respectueux hommage.
Ch. Féré
Charles Féré
l'auteur,
Janvier 1905

LE

TRAITEMENT DES ALIÉNÉS
DANS LES FAMILLES

DU MÊME AUTEUR

LIBRAIRIE FÉLIX ALCAN

Travail et plaisir. *Nouvelles études expérimentales de psycho-mécanique.* 1 vol. grand in-8, avec 200 figures, 1904. 12 fr. »

Les épilepsies et les épileptiques. 1 vol. grand in-8, avec 67 gravures et 12 planches hors texte, 1890. . . . . 20 fr. »

La pathologie des émotions. *Études physiologiques et cliniques.* 1 vol. grand in-8, 1892. . . . . 12 fr. »

Le magnétisme animal, en collaboration avec M. Binet. 4e édition. 1 vol. in-8 de la *Bibliothèque scientifique internationale*, cartonné, 1894 . . . . 6 fr. »

Sensation et mouvement. *Études expérimentales de psycho-mécanique.* 2e édition. 1 vol. in-12 de la *Bibliothèque de Philosophie contemporaine*, 1900 . . . . 2 fr. 50

Dégénérescence et criminalité. 3e édition. 1 vol. in-12 de la *Bibliothèque de Philosophie contemporaine*, avec figures, 1900. . . . . 2 fr. 50

La famille névropathique. *Théorie tératologique de l'hérédité et de la prédisposition morbides et de la dégénérescence.* 2e édition. 1 vol. in-12 de la *Collection médicale*, cart., 1898. 4 fr. »

L'instinct sexuel. *Évolution et dissolution.* 2e édit. 1 vol. in-12 de la *Collection médicale*, cart., 1902 . . . . 4 fr.

De l'aphasie et de ses différentes formes, par D. Bernard. 2e édition. Avec une préface et des notes de Ch. Féré. 1 vol. in-8.

Hysteria, epilepsy and the spasmodic neuroses. *Twentieth century pratice of medecine.* New-York, 1897.

Les troubles de l'intelligence, in *Pathologie générale* de Bouchard, tome IV, 1902.

Du cancer de la vessie. In-8, 1881.

Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par lésions cérébrales. 1 vol. in-8, 1882.

Traité élémentaire d'anatomie médicale du système nerveux. 2e édition revue, corrigée et considérablement augmentée. 1 vol. in-8, avec 242 figures, 1891. . . . . 10 fr. »

LE TRAITEMENT DES ALIÉNÉS DANS LES FAMILLES

PAR

CH. FÉRÉ
Médecin de Bicêtre.

Troisième édition, considérablement augmentée

PARIS
FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR
ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108
—
1905



Quand il parut pour la première fois en 1889, ce petit livre avait pour but de préconiser l'assistance familiale des aliénés qui avait été bien connue depuis longtemps, mais n'avait guère été tentée chez nous. Nous avons résumé les observations que nous avons pu faire en Belgique et en Écosse, sans aucune mission et avec toute notre indépendance. Quand la tentative d'assistance familiale, par le Conseil général de la Seine, fut mise à l'épreuve, nous avons décrit ses effets, sans subir d'autre influence que celle de l'observation.

Nous nous contenterons de signaler les progrès de cette bienfaisante institution.

Nous avions ajouté quelques considérations sur les aliénés dans les familles en général et sur les soins qu'ils nécessitent. Nous avons insisté avec quelques détails de ces soins.

LE

TRAITEMENT DES ALIÉNÉS

DANS LES FAMILLES



PREMIÈRE PARTIE

L'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS DANS LES FAMILLES

CHAPITRE PREMIER

L'ISOLEMENT DANS LES ASILES

La cause qui domine le développement des affections mentales, la cause des causes, est la dégénérescence organique héréditaire, congénitale ou acquise, permanente ou momentanée, et qui se traduit par une susceptibilité spéciale du système nerveux. Cette susceptibilité n'entre en jeu que sous l'influence de causes extérieures plus ou moins faciles à saisir, mais inhérentes au milieu dans lequel vit l'individu prédisposé. Ces influences extérieures altèrent le milieu

intérieur en modifiant non seulement les fonctions psychiques, mais l'universalité des fonctions organiques, dont dépend l'intégrité des phénomènes intellectuels. Les altérations organiques liées aux troubles mentaux affectent en général un caractère dépressif ; elles ne peuvent être modifiées ; le milieu intérieur ne peut être restitué à son état normal, qu'à la condition expresse que la cause extérieure ait cessé d'agir.

Aussi l'agent le plus puissant du traitement des maladies mentales consiste-t-il dans l'isolement, mesure physiologiquement logique, en ce sens que son premier effet est de supprimer les influences au milieu desquelles la maladie a pris naissance ; il a pour but de soustraire le malade à la continuité de l'action de la cause déterminante. Il ne suffit pas que l'émotion, peut-être accidentelle, qui a précédé l'explosion des accidents, ait disparu, pour que le malade puisse être considéré comme à l'abri de son influence pathogène. Précisément en raison de la nature dégénérative et souvent héréditaire de son affection, l'aliéné n'est point en général dans sa famille une exception formelle ; il n'est point rare que ceux qui l'entourent souffrent de son

mal à un certain degré ; le névropathe vit fréquemment dans une atmosphère de nervosité, à l'influence de laquelle il faut le soustraire.

L'isolement est donc un remède puissant; mais ce remède, qui serait difficilement accepté par un individu sain d'esprit, soulève souvent de violentes protestations de la part du malade, et il doit être imposé dans la majorité des cas.

C'est à cette circonstance qu'est due la confusion que l'on fait souvent entre l'isolement et la séquestration.

Qu'est-ce donc que l'isolement ? « Il consiste, dit Esquirol, à soustraire l'aliéné à toutes ses habitudes, en l'éloignant des lieux qu'il habite, le séparant de sa famille, de ses amis, de ses serviteurs, l'entourant d'étrangers, changeant toute sa manière de vivre [1] » ; « à changer radicalement le milieu dans lequel vit le malade, en l'éloignant complètement de son entourage habituel, et provoquant chez lui des impressions toutes nouvelles [2] ». L'isolement ainsi compris

1. Esquirol, *Traité des maladies mentales*, t. II, p. 313.

2. Griesinger, *Traité des maladies mentales*, éd. franç., 1865, p. 521.

peut nécessiter la séquestration, lorsque le malade oppose un refus formel, ou manifeste des tendances telles qu'elles constituent un danger pour lui-même ou pour les autres; mais il n'y a pas identité entre les deux choses : l'isolement est une mesure d'hygiène intellectuelle et morale, qu'il appartient au médecin de prescrire; la séquestration est une mesure d'ordre public, et en même temps une atteinte à la liberté individuelle; elle ne peut être ordonnée que par la justice, qui doit pourvoir à la sécurité du malade et de ses biens. En raison de la nécessité qui s'impose, dans la plupart des cas, de la protection légale de l'aliéné et de ses intérêts, l'isolement doit être toujours soumis au contrôle judiciaire.

Dans la pratique, l'isolement et la séquestration se confondent le plus souvent[1], parce que la plupart des aliénés sont traités dans des établis-

1. Je ne suis pas peu étonné de trouver consacrée cette confusion entre l'« isolement » et la « séquestration » par un auteur très recommandable. Dans un article (*Isolement des aliénés*, in *Dict. encycl. des sc. méd.*, 4e série, t. XVI, 1889, p. 510) M. Ritti, s'exprime ainsi : « L'isolement ou la séquestration, le confinement ou bien la collocation, comme on dit en Belgique, est donc essentiellement un moyen thérapeutique. »

sements fermés, dans lesquels ils sont maintenus sous une surveillance permanente, soumis à une discipline généralement uniforme. La séquestration pour elle-même s'est vu attribuer un rôle excessif dans le traitement des maladies mentales. Ce n'est pas que des médecins éclairés n'aient protesté contre les abus de la séquestration.

Daquin[1] disait déjà : « Je suis si éloigné de penser que l'on doit contraindre les fous que je crois même qu'on ne devrait pas les renfermer..... Je suis intimement persuadé qu'il y a plusieurs fous qui le sont devenus parce qu'on les a d'abord et trop tôt enfermés..... On doit les tenir enfermés le moins possible, etc. ».

Lasègue jugeait cette tendance en disant plaisamment que « le fonctionnaire le plus important d'un asile d'aliénés, c'est le portier ». Quand on a vu les asiles d'Ecosse où les murs font quelquefois complètement défaut et sont remplacés par des clôtures à peine suffisantes pour retenir le bétail, on peut penser que si « les murs de l'asile sont déjà à eux seuls, comme

1. Daquin, *Philosophie de la folie*. Paris, 1792, p. 52, 69, 70.

disait M. Calmeil, un puissant remède contre la folie », ce remède n'est pas indispensable.

Répondant à la commission d'enquête de la Chambre des Communes en 1867, Sir James Cox dit que la plus forte proportion de guérisons et les sorties les plus hâtives observées en Ecosse l'ont été dans l'asile de Renfrewshire où les malades pouvaient être admis avec le moins de formalités préliminaires et il ajoutait que les guérisons seraient encore plus fréquentes et plus rapides si les sorties s'obtenaient plus facilement.

Ces observations peuvent prouver que plus un moyen d'assistance est accessible plus grande est la tendance à en abuser ; mais elles ne constituent pas un argument péremptoire en faveur de la séquestration systématique et précoce. Rien ne prouve que les malades si facilement admis n'auraient pas guéri sans être séquestrés : les médecins d'asiles publics ou privés qui condamnent tout traitement entrepris hors de ces établissements peuvent utiliser à l'appui de leur thèse l'incurabilité des malades qui leur arrivent après de longues tentatives infructueuses, mais ils ne peuvent pas faire la statistique de ceux qui guérissent dans leurs familles, et sur

lesquels ils n'ont et ne peuvent avoir aucune notion.

Les agglomérations d'aliénés, telles qu'elles existent dans les asiles, peu favorables d'ailleurs au traitement individuel d'affections très diverses, altèrent singulièrement la valeur de la mesure hygiénique dont ils ont été l'objet[1] : on peut dire, avec M. Batty Tuke, que si un certain nombre de malades guérissent à cause d'elle, et un certain nombre malgré elle, c'est à elle qu'il faut attribuer la démence d'un certain nombre d'autres[2]. Il y a une démence des asiles, entretenue par l'inertie et l'uniformité de la discipline[3].

On les a séquestrés pour les faire jouir des avantages de l'isolement ; ils sont bien isolés de leur milieu, mais ils sont confinés dans un milieu morbide. Les mélancoliques sont particulièrement portés à trouver à l'asile l'aspect

1. Guislain, *Leçons orales sur les phrénopathies*, 9e éd., 1880, t. II, p. 172.

2. *Lunatics as patients, not prisoners* (*Nineteenth century*, avril 1889, p. 603.

3. Conolly Norman, *The domestic treatment of the insane* (*Dublin journ. of Méd. sc.*, 1896, 3e s., CI p. 112).

d'une prison et à y puiser les éléments d'un délire de condamnation, de criminalité. Les récits des autres malades ont souvent une influence néfaste. Dans un grand nombre de cas, ce milieu nouveau, si morbide soit-il, est favorable à l'évolution de la maladie mentale. On voit souvent l'excitation la plus bruyante se calmer dès l'entrée du malade dans l'asile ; et il ne faut pas croire que la contagion des idées délirantes soit fréquente. La vie en commun, l'ordre et la discipline qui doivent nécessairement régner dans l'asile constituent des conditions morales des plus favorables à la guérison. Cependant un bon nombre d'aliénés, et en particulier ceux qui sont atteints des formes dépressives, ceux qui ont conservé la plus grande partie de leurs facultés et de leur conscience, souffrent du contact des autres malades, et sont vivement affectés par la discipline commune et par la perte absolue de leur liberté ; et on peut dire qu'à un certain nombre d'entre eux au moins la séquestration fait perdre le bénéfice de l'isolement. « J'ai vu, dit Marcé [1], chez quel-

1. L. V. Marcé, *Traité pratique des maladies mentales*, 1862, p. 56.

ques natures molles, timides, incapables d'une réaction même modérée, des idées de persécution d'abord très limitées, augmenter chaque jour de nombre et d'étendue sous l'influence de la terreur causée par l'isolement dans un asile, et arriver en peu de temps jusqu'à la dépression la plus complète, jusqu'à la stupeur. »

Les établissements privés ne sont pas toujours à l'abri du reproche d'agglomération sous prétexte d'isolement ; et malgré la protestation d'Esquirol, qui avait des raisons personnelles pour protester, elles ne sont pas complètement blanchies d'autres reproches que leur adressait Ellis [1].

La séquestration dans un asile doit être considérée comme une dernière ressource qui peut être imposée par l'impossibilité d'être maître du malade, soit à cause de ses violences, soit à cause de son refus de nourriture [2], mais il faut reconnaître que cette impossibilité tient au milieu autant qu'au malade.

1. Ellis, *Traité de l'aliénation mentale*, 1840, p. 293.

2. Bannister, *The home treatment of insanity* (*Journ. of nervous and mental diseases*, 1895, XX, p. 718.)

Dans un grand nombre de cas l'isolement est réalisé avec avantage dans la solitude, mais il n'en est pas toujours ainsi. Les obsédés par exemple doivent être le moins possible abandonnés à eux-mêmes ; ils sont susceptibles d'être heureusement influencés par le milieu.

Le travail est indispensable à la plupart des aliénés. « Faites en sorte, disait Leuret[1], qu'un aliéné soit si bien occupé qu'il ne puisse pas songer à ce qui fait l'objet de son délire ; que le reste du temps soit donné au sommeil, et la guérison ne se fera pas longtemps attendre. »

L'organisation du travail manuel, institué par Ferrus, à la ferme Sainte-Anne (1831) et par Bouchet, à Nantes (1835)[2], en occupant dans les ateliers des groupes de malades, sert de dérivatif au regret obsédant de la liberté, atténue la mauvaise impression du voisinage ; mais elle ne supplée pas au manque de plein air.

La création des fermes-asiles, qui permet d'employer un certain nombre de malades aux

1. Leuret, *Du traitement moral de la folie*, 1840, p. 181.

2. Bouchet, *Du travail appliqué aux aliénés* (*Ann. Méd. psych*., 1848, t. XII, p. 301.)

travaux agricoles, ne les met à l'abri ni du contact, ni de la discipline commune.

D'ailleurs, le travail manuel des ateliers et des fermes ne convient guère aux malades adonnés à certaines professions spéciales, aux professions libérales, et qui sont confinés dans l'inaction, dans les asiles spéciaux, sous une surveillance plus ou moins bien dirigée, mais qui ne se laisse pas oublier.

Quant au second desideratum formulé par Leuret, la sécurité du sommeil, elle n'est guère assurée dans l'asile. La réunion des agités dans des salles spéciales est loin de constituer un remède suffisant : les malades qui y sont confinés passent souvent une partie de la nuit à troubler le sommeil des autres et pendant le reste ils sont tenus éveillés par leurs voisins. Or le repos, sur lequel Guislain insistait déjà, dont Hilton[1] et Weir Mitchell ont montré la nécessité dans toutes les affections, est tout particulièrement indispensable à la guérison des psychoses dont l'étiologie est pour ainsi dire dominée par la fatigue et l'insomnie.

1. Hilton. *Rest and Pain*. 4e éd. London, 1887.

La réforme du régime des aliénés qui s'est opérée à la fin du siècle dernier, a eu pour but principal de constituer pour ces malades, alors en butte aux mauvais traitements et à la moquerie publique, des *asiles*, où on se préoccupa surtout de leur sécurité et des soins hygiéniques qui leur convenaient. Les philanthropes qui ont suivi la voie tracée par Pinel, par W. Tuke, par Daquin, par Chiarugi, ont surtout cherché à multiplier le nombre des assistés et à améliorer les conditions de l'assistance. Ces améliorations successives sont même arrivées dans ces dernières années à un véritable luxe ; les aliénés trouvent dans certains asiles un confortable disproportionné à leur situation antérieure et à celle qu'ils retrouveront à leur sortie. Ce luxe des asiles en est venu à un tel point dans certains pays, qu'on peut se demander si les philanthropes qui ont présidé à leur installation, aux frais des contribuables bien entendu, ne se sont pas plus préoccupés de l'éventualité de leur propre séquestration que du bien-être des pauvres diables qui n'y peuvent rien comprendre. Si les établissements destinés à recevoir les aliénés prennent souvent l'aspect de

palais, ils n'en méritent pas moins de conserver le nom d'*asiles*, car on fait bien peu de chose pour les transformer en *hôpitaux*, c'est-à-dire en établissements destinés au traitement et non simplement à la protection. Le peu de soin que l'on a pris du développement scientifique des asiles et du personnel qui leur est attaché peut rendre compte du peu de progrès faits par la médecine mentale à notre époque, comparativement à ceux de la médecine générale et de la chirurgie. La tendance qui s'accentue, de charger les médecins des attributions administratives, ne me paraît pas présager de prochains et rapides progrès[1].

Un comité du « London County Council » a proposé de placer des aliénés dans un hôpital *spécial*, où ils seraient confiés aux soins des médecins et chirurgiens des hôpitaux ordinaires. Cette proposition qui aurait pour but de perfectionner la connaissance des maladies mentales et leur traitement a soulevé les protestations de l'Association médico-psychologique anglaise[2].

1. Ce système appliqué en Angleterre motive des observations fort justes de M. B. Tuke (*Nineteenth Century;* April 1889.)

2. *The journ. of mental sc.*, 1890, p. 475 et 573.

Le placement des aliénés dans des hôpitaux généraux a été aussi admis en principe par la Commission médicale chargée de donner son avis sur la revision du « Gallup lunacy Bill, aux Etats-Unis », Commission composée de MM. Peterson, Dana et Parsons et qui termine son rapport[1] par la conclusion suivante : « On devrait introduire dans le bill une clause établissant préalablement que rien dans la loi des aliénés ne serait établi pour s'opposer à la réception et au traitement des cas aigus dans les hôpitaux généraux, de la même manière et dans les mêmes conditions que les malades atteints d'autres maladies, pourvu que ces hôpitaux aient une appropriation convenable et approuvée par la Commission « in lunacy » du gouvernement. Cette clause aurait pour effet d'éviter le stigmate de l'aliénation aux malades qui pourraient guérir après un court séjour et en particulier à ceux qui seraient atteints de délires aigus[2]. Pour éviter cet inconvénient on a d'ail-

1. *The New York Med., journ.*, 1890, t. LI, p. 245.

2. *The treatment of the acutely insane in general hospital* (editorial article) (*New York, Med. Journ.*, 1890, t. LI, p. 214). — Tourtellot. *The treatment of insane general hospital* (*ibid.*, p. 269.)

leurs proposé une autre mesure qui consiste très simplement à substituer le nom d'hôpital à celui d'asile ; cette mesure ne pouvait pas manquer d'être bien accueillie, elle a en effet déjà été appliquée[1]. Mais le placement des aliénés dans les hôpitaux ordinaires a encore un autre but, c'est le traitement individuel qui en somme est impraticable dans les grands asiles où le personnel est nécessairement insuffisant.

L'uniformité du traitement dans les asiles est un des points faibles du système. Si on ne peut se refuser d'admettre que l'aliénation mentale est un symptôme qui peut se montrer en conséquence d'altérations très diverses du cerveau, des viscères, des organes périphériques, il faut bien reconnaître que chaque cas présente des indications spéciales qui nécessitent un traitement individuel. Andrew Combe[2] avait bien saisi l'absurdité du traitement uniforme, quand il montrait que dans certains asiles la clef de voûte du traitement était tantôt la musique,

1. Spratling, *The treatment of the acutely insane in general hospital* (*New York Med. Record*, 1890. t. XXXVII, p. 729.)

2. A. Combe, *Observations on mental derangement* (1831), 2e éd. par A. Mitchell, 1887, p. 107.

tantôt les exercices religieux, suivant l'humeur du directeur.

Il est nécessaire de reconnaître que dans ces dernières années, le traitement général et exclusif de la séquestration et de son appareil a fait de notables progrès dans l'esprit des médecins d'asiles[1].

1. J. Van Deventer *Isoleeren or niet isoleeren ?* (*Psychiatrische Bladen*, 1896, D, XIV, A 1, p. 19.)

CHAPITRE II

L'ISOLEMENT HORS DES ASILES

Malgré les inconvénients, le traitement des aliénés dans l'asile est généralement considéré comme le seul rationnel et le seul utile en pratique.

Cependant l'expérience démontre qu'un certain nombre de malades traités isolément chez des particuliers peuvent guérir. Il était donc naturel que les adversaires de la séquestration élevassent la voix pour la combattre, non seulement au point de vue du principe de l'inviolabilité de la liberté individuelle, mais même en se plaçant purement et simplement au point de vue de l'utilité du malade. Nous assistons actuellement à un débordement de plaintes sur ce thème qui, pour la plupart d'ailleurs, n'ont pour elles que l'apparence de la raison. Les rares séquestrations illégales que l'on peut citer se

sont produites plutôt dans la famille que dans les asiles publics ou privés[1].

Quoi qu'il en soit, il est intéressant de rechercher s'il est possible de pratiquer l'isolement forcé sans avoir recours à la séquestration, c'est-à-dire si on peut donner au malade le profit de la mesure en le soustrayant à ses inconvénients.

Le seul moyen de pratiquer l'isolement en dehors de la maison de santé consiste à placer le malade dans une famille étrangère qui a charge de le surveiller, tout en continuant à vivre de sa vie normale, c'est-à-dire en donnant au malade le moins de temps possible, tout en le garantissant des accidents qui pourraient résulter du défaut de surveillance, et dont elle a assumé la responsabilité. L'aliéné se trouve alors dans un milieu où la surveillance est réduite au minimum indispensable et où l'aspect de l'exercice des fonctions normales de la société l'invite à y prendre part ou au moins le distrait de ses préoccupations morbides.

Ce traitement de famille n'est plus aujour-

1. V. Parant, *De la séquestration des aliénés dans leur famille.* (*Ann. Méd. psych.*, 1884, t. XI, p. 390.)

d'hui un fait exceptionnel. Il est pratiqué sur une grande échelle en Écosse [1] ou dans certaines localités qui ont eu à souffrir de la crise industrielle ; les locaux primitivement appropriés pour le tissage au métier ont été mis à la disposition des malades, dont les frais d'entretien sont venus combler en partie le déficit produit par la cessation du travail. En Angleterre, il existe, au voisinage d'un certain nombre d'asiles fermés, des colonies où les malades sont soignés en général dans des familles de cultivateurs, dont ils partagent le régime et les travaux [2]. En Belgique, enfin, il existe depuis plusieurs siècles un village dont la plupart des habitants se sont transformés en nourriciers, en infirmiers spéciaux pour les aliénés qui vivent au milieu d'eux dans un état de liberté aussi complet que peut le comporter leur état.

Il faut remarquer que ces différentes formes

1. Dans son discours d'ouverture de la section de psychiatrie du Congrès de Londres, M. Robertson a fait connaître que 14,7 p. 100 des aliénés sont traités en Ecosse dans les familles; il pense qu'un tiers des aliénés renfermés dans les asiles pourrait profiter de ce mode d'assistance.

2. Ce système préconisé en Russie, par M. Bajénoff n'a pas encore été adopté par l'administration. (*Bull. de la Soc. de Méd. mentale de Belgique*, 1889, p. 124.)

d'assistance à domicile s'exercent sous le contrôle légal. On le comprend sans peine pour les colonies allemandes qui sont annexées à un asile auquel le malade est resté attaché. En Angleterre et en Écosse, les aliénés traités chez les étrangers dans des maisons particulières ou dans des cottages sont soumis à l'inspection des Commissionnaires in Lunacy. En Belgique, la plupart des aliénés traités dans la colonie sont protégés par la loi de 1850, qui est en somme une reproduction de la loi française de 1838, actuellement sous le coup d'une revision. Le projet de loi déjà voté par le Sénat, admet que tous les aliénés traités à domicile, non seulement chez des étrangers, mais même dans leur propre famille, doivent être soumis à la surveillance légale, et avec juste raison, car c'est dans les familles que la séquestration arbitraire est le plus souvent pratiquée.

Le traitement familial, soutenu déjà dans sa thèse de Wurzbourg par le baron Mundy, est donc aujourd'hui une méthode assez répandue sous différentes formes, et il est aussi susceptible des garanties légales relatives à la sauvegarde de la liberté et des intérêts matériels que

le traitement dans les asiles fermés. Pick de Prague a insisté avec raison au Congrès d'Anvers (1902) sur la nécessité de l'obligation de signaler les aliénés traités en dehors des asiles.

Il a trouvé des partisans nombreux non seulement en raison des avantages encore discutés qu'il présente pour le malade, mais aussi pour une autre raison sociale. La dégénérescence psychique sous toutes ses formes paraît offrir une recrudescence inquiétante à tous égards ; le nombre des aliénés pauvres augmente dans des proportions effrayantes, et l'assistance de ces malades est devenue un problème économique important ; les asiles fermés ne peuvent plus contenir tous ceux qui auraient besoin de leur secours. Or la construction d'asiles nouveaux nécessite des frais énormes : dans certains établissements, chaque lit mis à la disposition d'un malade a déjà entraîné une dépense de 2.500 à 3.000 francs, et même plus. On comprend que dans ces conditions le traitement familial, qui évite les déboursés préalables, présente un grand avantage économique. Il n'est donc pas sans intérêt de le considérer sous ses différentes formes et de rechercher dans quelles

conditions et dans quelle mesure il est applicable.

On ne peut guère s'étonner qu'un bon nombre de médecins d'asile aient combattu ce mode d'assistance quand ils n'ont point cru bon d'en réclamer pour eux-mêmes la supervision. Ce ne sont pas des arguments bien solides que ceux qui consistent à dire que l'élimination des malades chroniques, auxquels la réforme doit surtout s'appliquer, rendra aux asiles leur ancien caractère, leur trouble bruyant et y augmentera le prix de la main-d'œuvre[1].

Notre but dans ce court exposé, n'est pas de présenter une étude complète de la question, mais de provoquer les méditations des administrateurs et des philanthropes.

Actuellement l'assistance familiale des aliénés se présente en pratique sous trois formes : 1° la colonie, annexée à un asile ; 2° la colonie libre ; 3° l'isolement individuel.

1. Weatherly, *The domestic treatment of the insane* (*The Practitionner*, 1881, t. XXVII, p. 93.)

CHAPITRE III

COLONIES ANNEXÉES AUX ASILES

Les colonies annexées aux asiles d'aliénés existent en Allemagne depuis plusieurs années. On peut citer en particulier celle d'Altscherbitz, près de Halle, dans la province de Saxe prussienne, où sur près de 1.000 malades les deux tiers sont traités dans des maisons isolées, au voisinage d'un asile qui en contient un tiers [1]; celle de Slup, annexée à l'asile de Prague ; celle d'Ellen, annexée à l'asile de Brême, de Zschradras annexée à l'asile de Colditz en Saxe, de Gabercée en Bavière, de Emmendingen dans le grand-duché de Bade, de Untergœltzsch en Saxe, de Rybnik en Silésie etc. [2]. Plusieurs autres

1. Paetz, *Die Colonisirung der Geisteskranken*, Berlin, 1893. — G. Sibbald, *On the plans of modern asylums for the insane poor*, Edinburgh, 1897, p. 21.

2. Ladame, *Le nouvel asile des aliénés à Genève*, etc., 1895, p. 58.

établissements désignés aussi sous le nom de colonies se rapprochent plus encore des fermes asiles, c'est-à-dire du système de Clermont[1].

Du reste aujourd'hui, le système des constructions uniformes n'a plus guère de partisans; on admet en général, avec Clouston, que les bâtiments doivent être adaptés dans leurs différentes parties aux différents états mentaux des malades qu'ils sont destinés à recevoir. C'est sur ce principe que sont construits les asiles à bâtiments séparés de Kankakee (Illinois) de Willard (New-York), etc.

Parmi les colonies où les malades jouissent du système familial proprement dit, il faut signaler particulièrement celle qui a été fondée à Ilten, au voisinage de Hanovre, par le Dr Wahrendorff. On peut dire d'ailleurs que le patronage familial n'y est pratiqué qu'à petites doses.

1. Pendant qu'il était dirigé par une administration privée, l'asile de Clermont a été un bel exemple de l'économie que l'on peut réaliser par une bonne organisation du travail; il est vrai que l'on a quelquefois eu à reprocher à cette administration plus que du surmenage « It must be known to you, that, the brothers Labitte of Clermont (Oise), in France situated twenty miles of Paris, have become millionnaires in less than ten years by a colonization for the insane » (Mundy : *Jour. of mental sc.*, t. VIII, 1862, p. 330.)

Les malades ne sont placés dans les familles qui veulent les recevoir, qu'au nombre de deux pour chaque maison, et ils sont soigneusement choisis après une longue observation dans l'asile. Jusqu'à présent, les hommes ont seuls profité de ce système [1]. Les malades atteints de psychose récentes sont exclus ; il en est de même de ceux qui sont dans un état tel qu'ils exigent des soins continuels, idiots, déments, paralytiques généraux, ou font redouter des dangers, soit pour eux-mêmes, soit pour leur entourage. Le pays est bien cultivé, il y a peu de pauvres, et on a soin de choisir les nourriciers dans les familles qui sont le plus à leur aise. La plupart des aliénés placés dans ces conditions ont subi une influence bienfaisante du régime familial qui leur assure une plus grande liberté et les encourage plus efficacement au travail. Le système d'Ilten consiste essentiellement dans l'extension de la surveillance de l'établissement dans lequel les malades peuvent être réintégrés à la moindre alerte, le médecin ayant toujours l'œil sur eux.

1. *Das Asyl Ilten. Die ersten 25 Jahre seines Bestehens.* 1887.

A la colonie de Uchtpringe, entre Berlin et Hanovre, il existe une sorte de patronage familiale où les familles des employés jouent le rôle de gardiens [1] gardent des épileptiques.

La transition entre l'asile fermé et l'assistance familiale se trouve réalisée par l'existence de fermes dépendant de l'établissement et dans lesquelles habitent un certain nombre d'aliénés. Dans les fermes comme dans les maisons privées les malades peuvent recevoir les soins spéciaux que réclame leur état (médicaments, bains, etc.). Ce mode de traitement est peu coûteux, l'entretien de chaque malade revenant, à Ilten, à 337 fr. 50 par an, sans aucuns frais d'installation ; à Ellen, cet entretien revient de 10 à 37 francs par mois suivant le cas.

A la colonie annexée à l'asile de Dalldorf (Berlin), le placement est souvent fait dans la famille même du malade et coûte 15 à 30 francs par mois [2].

1. P. Kovalewsky, *Épilepsie, traitement, assistance et médecine légale*, 1901, p. 133.

2. Bothe (A.), *Die familiale Verpflegung Geisteskranker (System der Irren-Kolonie Gheel) der Irren-Anstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf in den Jahren* 1885 *bis*, 1893. In-8°, VIII-154 p. Berlin.

Les colonies annexées aux asiles ont cet avantage qu'on n'y admet que les malades qui sont propres au système puisqu'ils ont été préalablement soignés par le médecin qui les gardera sous sa direction. Il arrive souvent au contraire que les colonies libres reçoivent des malades moins bien choisis, qu'ils soient envoyés par des médecins d'asiles qui veulent s'en débarrasser ou par des praticiens mal préparés à juger du meilleur mode de placement [1].

En Hollande, Van Dale, directeur de l'asile de Veldwijk (Ermelo) a installé depuis 1895 surtout le patronage familial autour de son asile qui ne reçoit d'ailleurs que des pensionnaires [2].

En Russie, le premier essai de patronage familial sous le contrôle de l'asile remonte à 1886. Bajénoff l'a tenté au voisinage de l'asile de Riazane, puis à Moscou. Il est préconisé depuis 1888, par Govséeff et fonctionne au voisinage de l'asile d'Ekaterinoslaw. Bajénoff l'installe

1. *Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, 1889, p. 250. — W. Falkenberg, *Ueber Familien pflege Gesterskanker* (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1898, LIV, p. 553.)

2. Peeters, *Le patronage familial en Hollande* (*Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, 1901, p. 28.

à Dewitza dans la province de Woronije. On vient de créer une colonie à Balakhna dans la province de Nijni-Nowgorod. Bajénoff signale d'ailleurs un village polonais près d'Ostrog où des tartares musulmans pratiquent le patronage à la manière des anciens habitants de Gheel [1]. Cette tentative paraît n'avoir pas été suivie [2].

1. Bajénoff. *Le patronage familial des aliénés en Russie* (*Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, 1900, p. 228.

2. Ch. Vallon et Arm. Marie. *Les aliénés en Russie*, 1899, p. 179.

CHAPITRE IV

COLONIES AUTONOMES — PATRONAGE FAMILIAL SYSTÈME BELGE[1]

La colonie libre, c'est-à-dire le système familial proprement dit, est un des plus anciens modes d'assistance des aliénés. Il existe en Belgique, peut-être depuis le VIIe siècle. La légende de sainte Dymphne faisait amener à Gheel, depuis un temps immémorial, des aliénés, dans l'attente d'une guérison miraculeuse. Arrivés à Geehl, les aliénés étaient logés dans une dépendance de l'église, Ziekenkamer, chambre des malades, assistant aux cérémonies religieuses qui devaient les délivrer grâce à l'intercession de la vierge martyre. Lorsque les malades n'avaient pas recouvré leur raison après leur première neuvaine, on les laissait souvent chez

1. Ch. Féré. Le patronage familial des aliénés (*Revue scientifique*, 1887, 5 novembre).

les habitants pour attendre la prochaine fête patronale.

Cette coutume paraît être l'origine du mode d'assistance familiale qui s'est continué à Gheel depuis plusieurs siècles, en subissant quelques modifications depuis qu'elle est soumise au contrôle administratif. De Pontécoulant, préfet du département de la Dyle, avait déjà reconnu la valeur de la colonie de Gheel et y avait fait transférer les aliénés de l'asile de Bruxelles [1].

Nous ne ferons que rappeler très sommairement l'organisation de Gheel, bien connue de tous ceux qui s'intéressent à la question de l'assistance des aliénés [2].

Gheel est une ville de 6.000 habitants, située dans la Campine, dans l'ancien département

1. P. Masoin, *Gheel, colonie d'aliénés* (*La Belgique médicale*, 1900, vol. I, p. 388).

2. Parigot. *Thérapeutique naturelle de la folie. L'air libre et la vie de famille dans la commune de Gheel.* Bruxelles, 8°, 1852. — J. Duval, *Gheel ou une colonie d'aliénés vivant en famille et en liberté.* Paris, 18°, 1868. — Peteers, *Gheel et le patronage familial;* Bruxelles, in-8° 1883. — Serafino Biffi, *Opere completi,* vol. III, Psichiatria, 1902, p. 283. — Bulkens. *Rapport sur l'établissement d'aliénés de Gheel,* Brux. 1861. — — Jules Falret, *Rapport au nom de la commission de Gheel,* Soc. ann. psy., 1861. — Brierre de Boismont, *De la colonisation appliquée au traitement des aliénés.* Ann. méd. psych., avril 1862.

français des Deux-Nèthes. Deux lignes de chemins de fer (Anvers-Gladbach et Malines-Westmeerbeek-Gheel) permettent de s'y rendre. Elle comprend dans son territoire rural vingt-deux hameaux, dont six paroisses augmentent sa population de près de 6.000 habitants. La commune qui s'étend sur une superficie de plus de 10.000 hectares, est une des plus grandes de la Belgique. Il n'y existe aucune industrie. Si de tout temps on y a traité des aliénés, qui, soit dit en passant, y étaient considérés comme des malades, bien avant la réforme de Pinel, leur nombre a considérablement augmenté dans le dernier demi-siècle ; en 1840, il y avait 717 malades, au 1er janvier 1883, il y en avait 1.663. Ce nombre, qui a encore grossi depuis, et s'élevant au 1er janvier 1894 à 1.875[1], peut faire juger de l'importance de l'institution bien qu'on observe une légère décroissance du nombre[2].

Le système de Gheel diffère du système d'Ilten,

1. Peteers, *La situation actuelle de la colonie de Gheel* (*Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, 1894, p. 371).

2. J. Al. Peeters, *La situation actuelle de la colonie de Gheel*. Br 8°, 1904.

en ce sens que le traitement familial en a été primitivement la base, puisqu'il y a vingt-cinq ans il n'y avait rien à Gheel qui pût être comparé à un asile ; depuis, on a construit, sur le type de l'asile Guislain de Gand, une infirmerie qui ne joue qu'un rôle accessoire, et ne contient jamais plus de cinquante malades. Cette infirmerie est destinée actuellement à recevoir : 1° les malades qui arrivent et qui y sont mis en observation pendant cinq jours avant d'être placés dans les familles ; 2° ceux qui sont internés par mesure sanitaire, c'est-à-dire qui sont atteints d'affections intercurrentes graves pour lesquelles ils ne pourraient recevoir de soins chez les nourriciers, ou ceux qui refusent de manger ; 3° ceux qui sont internés par mesure d'ordre, s'étant rendus coupables d'insubordination, d'excès alcooliques, etc.

Aujourd'hui, l'infirmerie contient environ 60 ou 65 aliénés, en majorité des hommes qui sont plus sujets aux écarts de conduite.

Les aliénés traités à Gheel doivent être divisés en deux groupes : les *pensionnaires* qui sont reçus chez des *hôtes*, et les *indigents* qui sont reçus chez des *nourriciers*. Les hôtes et les

nourriciers ne peuvent recevoir que deux malades du même sexe.

Parmi les indigents, on distingue trois catégories : *propre*, *demi-gâteux*, *gâteux*. Les malades de la première catégorie coûtent 84 centimes par jour (0,09 pour le service médical, 0,01 pour les médecins, 0,58 pour le régime alimentaire, 0,10 pour l'habillement, 0,02 pour le coucher, 0,01 pour la surveillance, 0,03 pour frais d'administration) sur lesquels 60 centimes seulement reviennent au nourricier. Ceux de la deuxième catégorie coûtent 94 centimes dont 70 pour le nourricier. Ce prix peut être considéré comme le minimum réalisable, car à l'asile de Gand, où le travail est fort bien organisé (au 31 décembre 1881, 321 malades sur 489 travaillaient), le prix de journée est de 96 centimes.

Le nourricier doit fournir une chambre qui ait au moins $2^{m},50$ de haut sur 2 mètres de large et 3 mètres de long ; dimensions suffisantes en tenant compte de cette circonstance que les aliénés n'y séjournent en général que pendant la nuit. Celles que j'ai visitées sont en général plus grandes, bien éclairées et aérées, blanchies à la

chaux aussi souvent que la propreté l'exige. Il fournit encore la nourriture qui doit être prise en commun avec la famille, c'est-à-dire qu'elle n'est ni plus ni moins mauvaise que celle du nourricier ; on peut lui reprocher d'être trop végétale, cependant il faut reconnaître que les malades ont généralement fort bon aspect. Le nourricier veille en outre à la propreté et à la sécurité de l'aliéné, dont il est responsable. Les vêtements sont fournis par l'administration et composés des mêmes étoffes ; mais comme les malades qui travaillent peuvent s'en procurer d'autres, et comme le mode de confection n'est pas uniforme, il en résulte que les malades ne sont guère reconnaissables à un examen superficiel, dans les rues où ils se mêlent à la vie commune. Dans la rue comme dans la maison, l'aliéné jouit de sa liberté pleine et entière, tant qu'il ne cause ni scandale ni désordre ; les gestes désordonnés de quelques-uns ne provoquent aucun attroupement, les enfants habitués à ce spectacle passent sans même se retourner. Les aliénés se mêlent aux travaux de la maison, aux soins du ménage, aident à la garde des enfants que les parents leur abandonnent sans la

moindre défiance. Si minime que soit la valeur des services que rendent les malades dans les familles, ils sont appréciés en ce sens qu'ils mettent en liberté les bras plus valides des nourriciers. Il faut remarquer d'ailleurs que le travail des malades n'est nullement forcé ; le nourricier a avantage à les encourager au travail, et les malades ont intérêt à y prendre part pour améliorer leur sort ; mais ils ne sont nullement liés à leur nourricier : quelques-uns exercent une petite industrie de leur création, d'autres vont travailler moyennant salaire chez d'autres habitants du village. En général, cependant, le malade reste dans la maison et finit par se lier d'affection avec ses nourriciers, surtout avec les enfants qui jouent un rôle important dans l'acclimatement et dans le traitement moral : on cite quelques malades qui ont fini par se confondre, même après leur guérison, avec la famille qui les avait reçus. On comprend que ce mode d'isolement au milieu de personnes sensées soit plus favorable que l'isolement dans les asiles, au milieu d'autres fous, parmi lesquels il ne se développe jamais aucun sentiment d'affection. En outre, le travail pour le-

quel le malade reçoit des invitations si diverses, et auquel il finit presque toujours par prendre part, est du plus heureux effet au point de vue de la discipline ; la plupart des accidents et la plupart des évasions (9/10) se font le dimanche, parce que les malades ne sont pas occupés ; et aussi, il faut le reconnaître, parce que dans la plupart des familles ils sont moins associés aux plaisirs des jours de fêtes qu'aux travaux de la semaine.

Le voisinage du canal de la Campine et de la ligne du chemin de fer Anvers-Gladbach qui semblait menaçant, n'a guère donné lieu jusqu'à présent qu'à un seul accident. Les accidents sexuels ont toujours été une rareté dans la colonie.

Les malades gâteux, confinés au lit ou non, que j'ai eu occasion de voir m'ont paru proprement tenus et dans de bonnes conditions d'hygiène ; s'ils sont privés du luxe des bâtiments qu'ils auraient pu trouver dans quelques palais hospitaliers, ils échappent à l'encombrement et à ses dangers.

Les mauvais traitements, de la part des nourriciers, sont exceptionnels ; il n'y a pas lieu

d'en être surpris ; non seulement la population débonnaire de Gheel est habituée depuis longtemps à l'assistance des aliénés, mais les nourriciers vivent sous une surveillance permanente. En dehors de l'administration, elle s'exerce par les malades, par les autres nourriciers, qui ne sont pas exempts de jalousie, par les habitants qui ne jouent aucun rôle dans l'institution, mais sont intéressés au bon ordre, par les étrangers qui circulent librement dans la commune.

L'administration, d'ailleurs, a largement pourvu à la surveillance officielle, qui est exercée depuis 1802 : 1° par la *Commission supérieure*, composée du gouverneur de la province, président, du procureur du roi de l'arrondissement, du juge de paix du canton, du bourgmestre de la commune, d'un médecin désigné par le gouvernement. Elle s'occupe de toutes les questions d'administration ; mais, en pratique, sa surveillance se borne à l'infirmerie ; 2° un *Comité permanent d'inspection et de surveillance*, composé de cinq membres nommés par le ministère de la justice et ayant le bourgmestre pour président, chargé de veiller au bon état et aux inté-

rêts des aliénés, de recevoir et de payer les frais d'entretien et des pensions, de surveiller les hôtes et les nourriciers et de faire exécuter les lois, arrêts, etc. Ce comité est maintenant divisé en deux sections qui font chacune séparément une visite par an. Le secrétaire est spécialement chargé de veiller à la bonne tenue des logements. Le médecin-directeur voit deux fois par an tous les malades. Les médecins principaux et leurs adjoints voient au moins une fois par mois les malades incurables et une fois par semaine ceux qui présentent des chances de guérison. Les infirmiers-gardes de section, au nombre de huit, doivent circuler tout le jour dans leur section, visiter les chambres, s'assurer, aussi bien de nuit que de jour, que les aliénés sont traités et soignés conformément aux règlements. Ils doivent visiter chaque malade de leur section au moins deux fois par mois.

Les *pensionnaires*, dont le prix de pension peut aller jusqu'à 5.000 ou 6.000 francs, déterminé d'ailleurs suivant l'accord intervenu entre l'hôte et la famille, sont soumis à la surveillance médicale et administrative, et ils payent à l'administration, pour ce service, un peu plus

de 11 p. 100 du montant de la pension. Ces pensionnaires, dont le nombre dépasse actuellement cent cinquante, paraissent jouir du plus grand confortable dans les meilleures maisons, et semblent satisfaits de leur sort. Nous en avons vu partir en promenade avec les familles de leurs nourriciers, dont ils semblent faire partie. Ceux qui ont rendu compte de leur visite à Gheel ont souvent glissé sur un détail qui ne manque pas d'intérêt, c'est que, parmi les pensionnaires, il se trouve un certain nombre d'étrangers, des Français, dont la présence semble indiquer qu'une institution du même genre pourrait être bien accueillie ailleurs qu'en Belgique.

A Gheel, le patronage familial des aliénés est devenu une industrie locale. Presque tous les habitants, sauf les plus riches, se chargent de malades et en prendraient volontiers plus de deux si le règlement le permettait. Les propriétaires ayant intérêt à ce que leurs locataires soient en mesure d'avoir des pensionnaires qui garantissent le loyer, la plupart des nouvelles maisons sont disposées de manière à contenir deux chambres pour des pensionnaires. Il existe

toujours un grand nombre de chambres disponibles, de sorte qu'il se produit une véritable concurrence, qui permet à l'administration de changer les malades de nourricier dès qu'un abus se produit.

Si on considérait Gheel non comme un *établissement de traitement*, mais comme un *établissement de refuge*, on pourrait presque dire que tout y est pour le mieux; chaque malade pouvant y être placé dans des conditions aussi analogues que possible à celles dans lesquelles il vivait antérieurement. Il est certain que dans bon nombre d'établissements publics, les aliénés indigents jouissent d'une meilleure aération, d'une plus grande propreté, d'une meilleure alimentation, d'un certain luxe même: mais l'assistance ne doit pas consister à placer le malade dans des conditions meilleures que celles qu'il avait à l'état de santé. La société a rempli son devoir quand elle lui a créé une existence qui s'éloigne le moins possible de celle qu'il menait avant que la maladie l'eût frappé, si elle y a ajouté les conditions hygiéniques les plus avantageuses. C'est ce qui paraît exister pour les aliénés indigents de Gheel.

Si on considère l'institution comme un établissement de traitement, elle est moins parfaite ; ses partisans les plus dévoués reconnaissent qu'il y a de grands perfectionnements à apporter à cet égard.

Le service médical de l'infirmerie où réside le médecin inspecteur, ne laisse rien à désirer ; mais il n'en est pas de même de la surveillance médicale des aliénés placés dans les familles. En raison de l'éloignement considérable des villages, les visites ne peuvent être que très éloignées, et les nourriciers ne peuvent pas toujours être éclairés suffisamment sur les soins à donner aux malades curables, qui sont un peu trop livrés à eux-mêmes ; les malades traités à Gheel sont mieux partagés à cet égard que ceux des hameaux. On a particulièrement relevé les inconvénients au hameau des Bruyères de Winkelom, où sont placés les plus agités ; des améliorations ont déjà été apportées à l'état ancien.

Une publication de M. Peeters, médecin inspecteur de la colonie de Gheel, nous montre que son fonctionnement s'améliore principalement au point de vue du service médical, qui est devenu plus régulier et plus efficace depuis

que les médecins (deux médecins principaux et deux médecins adjoints) sont astreints à s'occuper exclusivement des malades de la colonie[1].

Il est d'ailleurs difficile d'apprécier la valeur thérapeutique du système de Gheel. Le docteur Bulkens et M. Peeters ont introduit dans leurs statistiques un élément de doute, en confondant les améliorations et les guérisons. La même confusion existant dans les statistiques des asiles belges, on peut comparer les chiffres ; mais il faut tenir compte de la différence qui existe entre les malades. Les rapports du gouvernement donnent comme chiffre des guérisons et améliorations pour la période de 1853 à 1870 : à Gheel, 24 p. 100 ; à l'hospice Guislain de Gand (hommes), 38 p. 100 ; à l'hospice des femmes aliénées de Gand, 43 p. 100.

La statistique de Gheel se présente défavorablement pour plusieurs raisons. La plus grande partie de ces malades viennent d'asiles fermés et sont incurables. Un article du règlement interdit d'y conserver des aliénés suicides, homicides, incendiaires ; or ces manifestations

1. Peeters, *La situation actuelle du patronage familial des aliénés* (*Soc. de méd. mentale de Belgique*, 1888).

se rencontrent plus souvent dans les formes aiguës que dans les formes chroniques. Les alcooliques, qui guérissent souvent de leurs accès, sont placés de préférence dans les asiles voisins des villes. Enfin les malades des villes sont placés dans les asiles, plutôt que les paysans, clients ordinaires de Gheel, que leurs familles conservent plus longtemps ou que les communes négligent de placer, en diminuant leurs chances de guérison.

S'il est vrai qu'un individu séquestré partout ailleurs comme dangereux peut vivre en liberté à Gheel, où les tendances inhérentes à son délire tiennent sans cesse en éveil le nourricier prévenu, les moyens de coercition n'y sont cependant pas inconnus. Outre le séjour à l'infirmerie par mesure d'ordre, on dispose contre l'agitation de la ceinture avec gants, des entraves, de la camisole [1].

D'une manière générale, Gheel produit une impression favorable ; on est frappé du bon aspect des malades, de l'affabilité des nourri-

1. Les moyens de contention ne peuvent être complètement proscrits que lorsque le personnel est suffisant pour rendre la lutte impossible.

ciers, qui paraissent très fiers de montrer leurs pensionnaires florissant de santé et propres ; il semble que ces gens soient nés gardiens d'aliénés.

Les médecins qui ont visité Gheel en ont rapporté des impressions très différentes ; les avis les plus défavorables ont surtout été exprimés par ceux qui ont visité la colonie par le mauvais temps[1]. Les aliénés vaguant sous la pluie, ou assis dans la boue, présentent en effet un aspect peu satisfaisant qui s'efface lorsque le ciel s'est éclairci et que le sol s'est séché ; mais l'inconvénient d'une surveillance insuffisante ou impossible n'en existe pas moins.

La difficulté de la surveillance présente surtout des inconvénients au point de vue de l'usage et de l'abus des boissons alcooliques. Bien que les débitants soient soumis à une pénalité lorsqu'ils livrent des boissons aux malades, l'abstinence n'est pas strictement réalisée[2].

La commission du Sénat, qui a visité Gheel, se tient à distance entre l'enthousiasme et le

1. Tucker, *Lunacy in many lands;* Sydney, 1887, p. 745.

2. Margaret Cleaves, *The colony of the insane at Gheel* (*The journal of mental sc.*, 1891, p. 226).

dénigrement[1], et elle conclut : « Nous avons reconnu les avantages de Gheel sans nous faire illusion sur la possibilité d'une imitation de Gheel dans nos départements[2] ».

Ce jugement réservé n'était d'ailleurs que la reproduction de l'opinion exprimée par la plupart des spécialistes qui ont visité Gheel. Même en Belgique, l'avis général était que Gheel ne pouvait pas être imité, qu'il fallait des siècles pour créer une institution semblable.

Une circonstance particulière a permis de mettre cette opinion à l'épreuve.

La colonie de Gheel présentait pour l'administration belge un inconvénient sérieux : elle est située en plein pays flamand ; sauf dans la ville, on ne parle pas le français, et les habitudes autant que la langue diffèrent de celles des habitants du pays wallon, et M. Oudart, inspecteur général des asiles d'aliénés du

1. Notes et documents concernant la législation française et les législations étrangères sur les aliénés (*Annexe au rapport de M. Roussel*, p. 697, 1884).

2. *Rapport fait au nom de la commission chargée d'examiner le projet de loi portant revision de la loi du* 30 *juin* 1838, *sur les aliénés*, p. 35, 1884.

royaume, constatait lui-même[1] qu'il y a peu de sympathie entre les Flamands et les Wallons, de sorte que les aliénés du Hainaut, de Liége, de Namur, du Luxembourg et d'une partie du Brabant se trouvent complètement dépaysés à Gheel. Or, au commencement de 1884, la colonie de Gheel renfermait près de cinq cents aliénés wallons « réellement en exil dans leur propre pays ». Cette circonstance, jointe à l'encombrement des asiles, imposait la création d'une colonie dans le pays wallon. Voici comment M. Oudart avait compris la possibilité de cette fondation :

« Il ne suffirait pas aujourd'hui de faire appel soit au sentiment religieux, soit au sentiment d'humanité, pour arriver à implanter le système de Gheel dans une localité quelconque. C'est à un autre mobile que l'on doit avoir recours pour réussir.

« Il faut démontrer aux populations les avantages financiers d'une pareille entreprise, et il est surtout nécessaire de les prémunir contre la crainte que l'on éprouve généralement de se

1. *Des colonies d'aliénés ;* Gand, 1884.

trouver en contact avec des aliénés. A cet effet, il importe de procéder d'abord avec beaucoup de circonspection, quant à l'admission des malades ; on ne doit au début n'admettre que trois ou quatre aliénés *tranquilles*, choisis de préférence parmi les travailleurs.

« Non seulement les habitants chez qui ils sont placés profitent de leur travail, mais ils sont, en outre, remboursés intégralement des frais de leur entretien.

« Ces avantages sont bientôt appréciés et la plupart des autres habitants ne tardent pas à solliciter spontanément la faveur d'obtenir la garde d'un aliéné.

« Quant à l'objection relative à *la contagion*, il suffit pour la combattre de citer les chiffres suivants : le recensement des aliénés, au 30 juin 1878, accuse l'existence de 17 aliénés pour la commune de Gheel, dont la population est de 10.502 habitants, tandis que la commune de Braine-L'Alleud, qui n'a que 6.617 habitants, en a un nombre égal.

« Il importe de tenir rigoureusement la main à ce que, dans le principe, on n'y reçoive aucun aliéné qui n'ait passé préalablement par

un asile. On ne doit pas perdre de vue que la création d'une colonie de cette espèce constitue pour les nourriciers et pour la commune même où elle est établie une source de grand bien-être. On en jugera par ce fait que le compte de la colonie de Gheel, pour l'exercice 1883, accuse une recette d'au delà de 700.000 francs. »

La commune de Lierneux où a été établie la nouvelle colonie est située dans la province de Liége, dans les Ardennes belges, à une trentaine de kilomètres au sud de Spa. Elle comprend un territoire presque aussi étendu que celui de Gheel, divisé en dix-neuf hameaux. Il n'y a non plus aucune industrie : la population d'ailleurs y est peu dense, elle n'est guère que de 2.500 habitants. Cette commune présentait donc de grands avantages au point de vue de l'isolement, d'autant qu'elle n'est traversée par aucune ligne de chemin de fer. La population y est assez pauvre et pouvait désirer profiter de la fondation ; cependant l'arrivée des premiers aliénés souleva de vives protestations.

La colonie a été inaugurée le 19 avril 1884, par l'envoi de deux hommes et de deux femmes

détachés de la colonie de Gheel, et classés parmi les plus tranquilles et les travailleurs. Peu à peu les habitants se sont familiarisés avec les aliénés, ont cessé de les redouter, et se sont rendu compte des avantages qu'ils pouvaient retirer de la fondation de cette colonie ; les demandes de pensionnaires se sont bientôt multipliées, et la colonie, qui était d'abord considérée comme une succursale de Gheel, a reçu la consécration légale par un arrêté royal du 11 février 1885. Elle est régie suivant un règlement analogue à celui de Gheel. Au 31 décembre 1885, la colonie de Lierneux comptait 109 aliénés, 63 hommes et 46 femmes. Au 31 décembre 1886, 152 aliénés, 90 hommes et 62 femmes ; pendant l'année 1886, 8 pensionnaires aisés y ont été admis. Le compte rendu officiel des établissements d'aliénés de la Belgique pour 1886 nous donne les renseignements suivants sur cette colonie :

« Organisée d'après le régime familial et libre, l'institution présente des ressources variées pour fournir aux malades des occupations utiles à eux-mêmes comme à leurs nourriciers : deux d'entre eux sont forgerons ; un autre ébéniste ;

trente-neuf travaillent aux champs ; cinquante-sept vaquent aux soins du ménage.

« Parmi eux, trente-cinq rendent des services si réguliers que leurs nourriciers ne reçoivent, à titre de prix de journée d'entretien, que 90 centimes au lieu d'un franc. — Deux malades ont fréquenté l'école, etc.

« La députation permanente et le comité permanent d'instruction et de surveillance ne peuvent que se féliciter des progrès de la nouvelle colonie. Depuis à peine deux ans que celle-ci existe, elle a reçu deux cent vingt-sept malades et aucun accident n'a été à déplorer.

« Les nourriciers sont fiers de leurs malades ; ils se font un plaisir de les associer à leurs travaux, et même ils s'imposent des sacrifices pécuniaires pour leur procurer les outils nécessaires à l'exercice de leur métier.

« Durant l'année 1886, huit aliénés sont sortis complètement guéris et l'un d'entre eux, un jeune homme, est revenu dans la localité pour travailler à la construction de la nouvelle infirmerie.

« Cent cinquante chambres au moins sont encore disponibles chez divers habitants de

Lierneux. Cette situation indique suffisamment que l'œuvre a acquis toutes les sympathies de la population locale et qu'elle est entrée dans toute sa vitalité. »

La colonie de Lierneux continue à se développer : pendant l'année 1887, quatrième de son existence, le nombre des malades s'est élevé de 152 à 181. Au 31 décembre 1888, il atteignait 218, 143 hommes et 75 femmes. Au 31 décembre 1889, la colonie comptait 235 aliénés, 161 hommes et 74 femmes.

Cette prospérité montre clairement que, malgré la nouveauté de l'institution, on n'éprouve dans le pays aucune difficulté à trouver des maisons hospitalières pour recueillir les aliénés.

Cependant l'état des lieux ne paraissait guère favorable ; le pays est pauvre, les habitations mal construites, peu confortables ; il a fallu improviser des chambres qui manquent souvent de la capacité nécessaire, mais sont en général propres. Les nourriciers paraissent remplis de bonne volonté; mais manquent encore de l'expérience de ceux de Gheel, et ils semblent moins sûrs d'eux. Au point de vue administratif, tout se passe comme à Gheel ; il

faut noter pourtant qu'il n'existe aucune marque distinctive pour les aliénés, dont les vêtements, achetés dans le pays, sont aussi divers que ceux des habitants ; ceux seulement qui ont des tendances à l'évasion sont chaussés de sabots (chaussures inusitées dans le pays) marquées C. L. Le prix d'entretien est un peu plus élevé qu'à Gheel : le nourricier reçoit 90 centimes par jour pour les malades qui travaillent, et 1 franc pour ceux qui ne travaillent pas.

Jusqu'à présent, les malades envoyés à Lierneux ont été choisis parmi les chroniques. Depuis la fondation de la colonie, une mauvaise maison du village a servi d'infirmerie ; c'est là que restent les malades pendant les cinq jours qui précèdent leur placement ; l'installation en est peu confortable, mais elle prouve au moins que l'on peut tenter la fondation d'une colonie sans aucuns frais préalables.

On construit à Lierneux une infirmerie sur le type de celle de Gheel, qui pourra contenir près de soixante malades, et sera destinée aux aliénés séquestrés par mesure d'ordre, aux admissions et aux maladies intercurrentes.

Malgré un certain nombre d'imperfections,

la colonie de Lierneux peut être considérée comme définitivement établie ; il paraît démontré qu'il ne faut pas des siècles pour faire un Gheel. Il suffit peut-être, pour réussir l'expérience, qu'il se rencontre un homme dont l'intérêt coïncide avec l'intérêt général et soit amené à pousser l'affaire comme sienne.

On ne peut pas dire que le régime colonial soit appelé à remplacer les asiles, mais il peut s'appliquer à des cas bien déterminés et constituer une ressource importante tant au point de vue économique qu'au point de vue thérapeutique. Il nous a semblé que le patronage familial pouvait surtout rendre des services en tant qu'établissement de refuge pour les aliénés incurables ou n'exigeant que des soins hygiéniques. Parmi les malades qui pourraient bénéficier de ce régime on peut ranger un bon nombre d'épileptiques qui n'ont que de rares accès, sans troubles mentaux graves, et qui ne recourent à l'hospitalisation que parce que ces rares accès les font chasser des ateliers[1] ; en

1. On a proposé (*Charity Organisation Review*, 1885), de créer pour les épileptiques des hôpitaux-ateliers où les tra-

leur procurant des patrons qui ne craignent pas la vue de leur mal, on réaliserait une grande économie et on leur procurerait une vie meilleure.

L'accroissement progressif de la colonie de Gheel et le succès récent de la colonie de Lierneux semblent préparer un avenir prospère pour le patronage familial des aliénés. Cependant M. le D[r] Peeters a déjà signalé à Gheel un élément de dissolution. Une longue expérience a montré que les crimes et les actes d'indiscipline sont extrêmement rares dans la colonie ; c'est tout au plus si chez ces aliénées on

vailleurs pourraient être l'objet d'une surveillance spéciale. — La colonie de Bethel, fondée en 1867 à Bielefeld (Westphalie) par Von Bodelschwingh, contenait en 1888, 868 épileptiques vivant dans une trentaine de maisons isolées. Les malades, hommes ou femmes, y sont groupés suivant leur profession, et sont sous la surveillance d'un infirmier avec sa femme pour chaque maison ; ces derniers vivent et mangent avec les malades. Cette colonie est complètement ouverte et la circulation y est libre. Le travail des malades concourt dans une large mesure à l'entretien de l'institution. Elle s'est encore étendue depuis jusqu'à contenir 3.000 malades répartis dans 100 maisons. Cette colonie d'épileptiques, à laquelle se sont annexées d'autres institutions du même genre, reçoit des pensionnaires[1].

1. Julie Sutter, *A colony of mercy; or social Christianity at work*. London, 1893.

a observé une demi-douzaine de grossesses depuis un demi-siècle. Si ces actes regrettables se sont produits un peu plus souvent dans ces dernières années, ils sont souvent suggérés ou commis par une catégorie d'individus, les pensionnaires libres, qui ont été introduits depuis un certain temps dans la commune. Ces pensionnaires libres sont des indigents, infirmes, souvent affectés de troubles mentaux, mais non légalement placés, et qui sont placés chez des habitants de Gheel par les municipalités d'Anvers ou de Bruxelles. Ces individus, qui sont quelquefois de simples vagabonds, ne sont pas soumis au contrôle de l'administration de la colonie : leur présence est de nature à causer le plus grand préjudice à la fois moral et matériel au système ; non seulement ils sont une cause de trouble et de désordre, mais ils peuvent éloigner les pensionnaires payants.

Une autre catégorie de pensionnaires peut nuire encore aux intérêts de ces colonies, ce sont les individus qui, accusés ou même condamnés pour vagabondage ou autres délits ou crimes, sont aussi envoyés dans les colonies

après avoir été reconnus aliénés. A Lierneux, plusieurs habitants m'ont affirmé qu'il y avait déjà un certain nombre de pensionnaires de cette espèce qui inspirent de la répugnance et même de la crainte, et en tout cas sont capables de retarder les progrès de l'institution. Si la présence d'individus de cette catégorie était confirmée à Gheel et à Lierneux, il n'y aurait pas lieu d'en être surpris, puisqu'ils coudoient les autres malades dans la plupart des asiles publics et des maisons de santé privées ; mais il nous semble que si les aliénés délinquants ou criminels doivent être séparés des autres, c'est bien dans ces institutions ; et si l'on veut les faire bénéficier du régime colonial, c'est dans d'autres colonies qu'il faut les placer.

La nécessité qui s'est imposée d'installer à Lierneux, comme à Gheel, une infirmerie destinée à recevoir les aliénés agités ou malades[1]

1. La mortalité relativement considérable qui s'est montrée parmi les aliénés de Lierneux, 21 en 1887, 35 en 1888, 32 en 1889, peut trouver son explication soit dans le retard qui a été apporté à l'installation de l'infirmerie, soit à ce que les asiles y ont envoyé les cas les moins favorables. Le dernier ouvrage de M. le Dr Depéron signale que la mortalité est tombée à 4 p. 100 en raison des améliorations.

La colonie de Lierneux contenait, au 31 décembre 1903,

établit un rapprochement entre les colonies annexées à un asile fermé, et montre bien que le système colonial ne peut pas constituer un mode exclusif d'assistance des aliénés.

Si ce mode d'assistance a pu être improvisé dans un pays si voisin du nôtre, on a quelques raisons d'espérer qu'il pourrait aussi s'acclimater en France.

303 hommes et 178 femmes, contre 477 en 1902. Le chiffre des admissions pendant l'année 1903 s'est élevé à 97. Dans le classement des admissions par provinces, la province de Liége fournit seule pour 73 entrées; les autres provinces wallonnes profitent peu[1].

1. L. Depéron, *Colonie wallonne d'aliénés de Lierneux*, etc., 1904.

CHAPITRE V

LES ALIÉNÉS ISOLÉS DANS LES HABITATIONS PRIVÉES. SYSTÈME ÉCOSSAIS [1]

L'isolement individuel ou atypique a été mis en pratique dans tous les pays, plus ou moins fréquemment. Tantôt le malade est soigné dans sa propre maison, sous la surveillance de sa famille qui le soustrait autant que possible aux influences nocives qui ont pu jouer un rôle dans le développement de ses troubles mentaux. Dans ce cas, on cherche à modifier le milieu ; mais, à part quelques exceptions, ces modifications sont rarement suffisantes, les causes d'excitation persistent, et on voit souvent la maladie s'aggraver. On peut dire qu'en général le traitement dans leur propre maison ne convient qu'aux aliénés auxquels l'isolement n'est pas

1. Ch. Féré. L'assistance des aliénés dans les privées en Ecosse (*La Revue scientifique*, 1er décembre 1888). — Les aliénés en Irlande (*ibid.*, 1892, t. II, p. 722).

nécessaire. Quant à l'assistance à domicile, elle ne s'applique guère chez nous qu'à quelques catégories d'incurables, aux imbéciles, aux déments. Elle ne présente aucun inconvénient dans les familles pour lesquelles le malade n'est pas une cause de gêne ; mais quand les familles sont trop misérables, il n'en est plus de même, et il est à craindre que la subvention charitable qui leur est accordée soit, en l'absence de toute inspection efficace, déviée de son but. Le secours à domicile des aliénés, préconisé en France par Billod[1], y a trouvé peu de partisans.

D'autres fois, l'aliéné est transplanté et soigné dans une maison étrangère ; dans ces conditions, l'isolement est effectif ; mais l'entretien et la surveillance ne sont pas toujours désintéressés, et quand ce régime est appliqué en dehors de la surveillance administrative et judiciaire, il est sujet à bien des abus.

Toutefois, ce mode d'assistance est, comme nous allons le voir, susceptible d'une organisation régulière.

En Hollande, un certain nombre de personnes

1. Billod, *Des maladies mentales*, 1882, t. II, pp. 182, 190.

se vouent aux soins des aliénés aisés en dehors des asiles : elles préparent dans leur maison ou dans leur villa une installation appropriée et s'assurent d'un service médical convenable dans leur rapport de 1888[1], les commissaires émettent avec raison l'avis que ces maisons doivent être soumises à la même surveillance légale que les asiles privés.

Le système sur lequel je me propose d'insister maintenant, mène aux mêmes conclusions que l'étude du système colonial ; mais il montre peut-être mieux dans quelle proportion l'assistance dans les maisons privées peut être appliquée.

Depuis que Conolly a montré dans quelle mesure on peut restreindre les moyens de contrainte, le traitement des aliénés dans les maisons privées a été souvent préconisé dans le Royaume-Uni, et la plupart des livres classiques anglais enseignent que bon nombre des vésanies aiguës, et en particulier les formes mélancoliques sans tendances de suicides ou homicides, peuvent y être soignées avec succès. Parmi les autorités qui parlent dans ce sens, on peut citer

1. *Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, 1890, p. 41.

MM. Bucknill et Tuke (*Psychological medicine*), et M. Maudsley (*Presidential address to the medico-psychological association*, 1871). « Si vous pouvez, dit M. Clouston[1], traiter un malade en dehors de l'asile et qu'il guérisse, c'est mieux pour vous et pour lui. » Aussi le séjour dans les maisons privées a-t-il joui d'une grande faveur dans le traitement des malades aisés ; mais le *cottage-system* appliqué aux aliénés pauvres a eu moins de succès, en Angleterre du moins. Des plans d'asiles-cottages ont été proposés à plusieurs reprises[2] ; mais ces projets n'ont pas abouti pour la plupart, bien que les essais de ces sortes d'asiles paraissent avoir donné de bons résultats, particulièrement pour les convalescents, entre les mains de M. Mould, médecin de l'asile de Cheadle (Manchester)[3]. L'assistance

1. Clouston, *Clinical Lectures on mental diseases*, 2e édit. 1887, p. 29.

2. Toller, *Suggestions for a cottage asylum* (*Journal of mental science*, 1864, p. 342). — Robertson, *On several means of providing the yearly increase of pauper lunatics* (*ibid.*, 1865, t. X, p. 486). — Hawkins, *A plea for convalescent homes in connection with asylums for insane poor* (*ibid.*, 1871, p. 107). etc. — Hallock, *Accommodation for the insane on the cottage plan* (*New York med. journ.*, 1873, t. XVIII, p. 582, 1874, t. XIX, p. 1).

3. *Forty first report of the Commissioners in Lunacy* (1887,

des aliénés pauvres dans les maisons privés est loin cependant d'être inusitée en Angleterre : dès 1864, 6.638 aliénés pauvres vivaient dans ces conditions (81,6 p. 100 chez leurs parents, 18,4 p. 100 chez des étrangers)[1] ; mais si le système se développe spontanément, ce n'est pas qu'il soit activement préconisé par les autorités compétentes.

En Écosse, au contraire, le traitement des aliénés dans les maisons privées prend chaque jour une nouvelle extension sous l'impulsion du conseil de surveillance (*General Board of Commissioners in Lunacy*). Le livre d'Andrew Combe[2] a peut-être beaucoup contribué à ce résultat en enseignant la nécessité de l'exercice de toutes les fonctions et en particulier des fonctions psychiques, pour éviter et pour retarder la déchéance définitive, nécessité dès longtemps connue par les médecins écossais, car il y a plus

p. 313). — *Journal of mental science*, 1880, t. XXVI, p. 336, 449.

1. Arthur Mitchell, *The Cure and Treatment of the insane poor, with special reference to the insane in private dwellings*, (*Édinburgh, Med. Journ.* 1868).

2. *Observations on mental derangement* (1831), nouv. édit., 1887, par Arthur Mitchell.

d'un demi-siècle que Mackintosh avait organisé le travail professionnel à l'asile Dundee.

En Ecosse, l'État n'exerce aucun contrôle sur les aliénés non indigents, tant qu'ils résident dans leur famille, et s'il n'y a aucune raison de supposer qu'ils y soient négligés ou maltraités ; il n'intervient que lorsque le malade est traité dans une maison privée, moyennant profit, ou lorsque la maladie dure depuis plus d'un an et nécessite des mesures de coercition ; ou encore lorsque le malade possède des biens qui ont été placés par une cour sous la protection de la loi. Le placement d'un aliéné dans une maison étrangère, moyennant rétribution, nécessite une ordonnance du shérif, ou une autorisation du *Board in Lunacy*, obtenue dans un délai de quinze jours. Quant aux aliénés indigents, lorsqu'un officier de charité apprend qu'il en existe un dans la paroisse, il est tenu d'en informer le bureau des Commissionnaires dans un délai de sept jours, sous peine d'une amende de 250 francs ; le bureau reçoit en outre une liste nominative des aliénés indigents qui existent dans toutes les paroisses, et l'indication des maisons où ils sont placés.

Le *Board in Lunacy* est chargé depuis la loi de 1857[1] de veiller sur les aliénés placés dans les maisons privées aussi bien que sur ceux des asiles. Les personnes qui désirent recevoir plus d'un aliéné doivent être munies d'une licence spéciale qui leur est accordée gratuitement avec l'autorisation du bureau, par une ordonnance du shérif : elles ne peuvent recevoir plus de quatre malades. Ces aliénés doivent être visités au moins une fois par an par les Commissionnaires ou par leurs délégués (inspecteurs médecins), qui multiplient leurs visites suivant les nécessités : ce n'est que par tolérance que les malades des îles de l'ouest ne sont visités que tous les deux ans. Les gardiens ou nourriciers doivent conserver un livret personnel de chaque malade ; et ce livret, où sont inscrites toutes les allocations en nature, est visé par le Commissionnaire qui s'assure que le médecin de la paroisse a fait ses visites trimestrielles et a noté l'état physique et mental de l'aliéné ; il vérifie aussi la régularité des visites bisannuelles de

1. Cf. Foville, *la Législation relative aux aliénés en Angleterre et en Écosse*, 1885 (annexe du rapport au Sénat par M. Roussel).

l'inspecteur des pauvres, auquel il fournit des indications sur ce qu'il convient de modifier. Le Commissionnaire fait en outre au bureau un rapport individuel sur chaque malade : ce rapport peut donner lieu à des instructions spéciales si elles sont jugées nécessaires. Dans les cas où les garanties d'un traitement convenable font défaut, et dans ceux où il semble que le séjour dans un asile pourrait être utile pour favoriser la guérison du malade ou au moins pour améliorer son état, l'autorisation de séjour dans une maison privée est retirée. S'il s'agit d'un indigent, les Commissionnaires prescrivent de leur autorité le placement dans un asile ; s'il s'agit d'un aliéné non indigent, ils recommandent à sa famille ou à ses amis de prendre cette mesure. Dans la pratique, ce mode d'inspection par les Commissionnaires, le médecin de la paroisse et l'inspecteur des pauvres paraît suffisant. Il faut ajouter d'ailleurs que les aliénés placés dans les maisons privées sont sous la surveillance constante du public, qui peut laisser échapper de petites négligences, mais auquel on ne peut cacher des faits graves qui sont quelquefois dissimulés dans les asiles.

A l'époque où les aliénés ont été soumis à l'inspection du *Board in Lunacy*, l'installation dans les maisons privées laissait beaucoup à désirer, et les Commissionnaires envoyaient fréquemment dans les asiles les malades mal soignés. Il en est résulté que, de 1857 à 1876, le nombre des aliénés traités dans les maisons privées diminuait peu à peu. L'un des Commissionnaires, M. Arthur Mitchell, dans un livre fort intéressant, en même temps qu'il signalait les inconvénients de ce système d'assistance, montrait la voie des perfectionnements [1]. Il semble que ce soit à lui qu'est due en grande partie la transformation qui s'est opérée graduellement; les installations sont devenues meilleures, les nourriciers ont mieux compris leurs devoirs, et depuis 1878, le nombre de cette catégorie de malades s'est considérablement élevé : en 1878, 1.385 aliénés pauvres étaient traités dans les maisons privées, au 1er janvier 1888, il y en avait 2.270. En outre, 132 malades non indigents sont traités dans les mêmes conditions. Le nombre total des aliénés

1. Arthur Mitchell, *The insane in private dwellings;* in-8°; Edimbourg, 1864.

en Écosse étant à la même époque de 11.329, on voit que 22,8 p. 100 jouissent du patronage familial ; l'auteur du rapport à la commission sénatoriale n'était donc pas autorisé par les faits à dire que ce système de traitement ne peut s'appliquer qu'à des cas exceptionnels.

Le nombre des aliénés traités dans les maisons privées varie beaucoup suivant les comtés : cette différence tient à ce que, les aliénés étant entretenus par la paroisse, les paroisses les plus pauvres cherchent les procédés les plus économiques, et d'ailleurs, elles éprouvent plus de difficultés, en raison de leur éloignement, à envoyer leurs malades dans les asiles. Aux îles Shetland, sur 92 aliénés, 50 sont dans des maisons privées ; dans le comté d'Inverness, il y en a 192 sur 393 ; dans le comté de Caithness, 71 sur 148. Dans un récent rapport sur la question, M. Turnbull nous apprend qu'en Écosse 20 p. 100 des aliénés sont traités dans les familles [1].

D'ailleurs, il faut diviser en deux groupes les

1. A. R. Turnbull, *The mode of provision for the chronic pauper insane* (*Brit. med. journ.*, 1896, II, p. 808).

aliénés traités dans les maisons privées ; les uns n'ont jamais été placés primitivement dans les asiles ; les autres en sont sortis non guéris. Le nombre des malades de ces deux catégories varie suivant les régions. Ceux de la seconde sont plus nombreux dans les régions où les communications sont faciles et peu coûteuses ; ceux de la première sont plus nombreux dans les autres régions : c'est ainsi que, en 1887, dans le comté de Caithness, 10 sur 24 cas nouveaux ont été laissés dans les maisons privées, dans le comté d'Inverness, 21 sur 45.

En général, les malades sont disséminés dans des localités plus ou moins éloignées. Dans quelques villages cependant, les maisons licenciées s'accumulent pour former des petites colonies. Dans le comté de Fife qui reçoit un grand nombre d'aliénés pauvres d'Édimbourg, les villages de Kennoway, de Star, de Thornton, d'Auchtermuchty comptent respectivement 65, 40, 29, 14 malades. Dans le Pershhire, le village de Gartmore en contient 50, celui de Scone, 12 ; d'autres accumulations se rencontrent à Balfron (Stirlingshire), à Ballantrae (Ayrshire). Les malades sont placés de préférence dans les dis-

tricts ruraux et chez les petits cultivateurs; mais lorsqu'ils ont un métier, on les place volontiers chez un gardien qui exerce la même profession, sachant bien qu'ils ont d'autant plus de chances d'être bien traités qu'ils sont utiles.

A mesure que la surveillance devient plus efficace et que l'assistance à domicile s'améliore, il se fait une modification intéressante dans la proportion des différents cas ainsi traités. Les rapports successifs des Commissionnaires montrent que la proportion des imbéciles, des idiots, des déments, qui sont toujours les plus nombreux, diminue progressivement : de 87 p. 100 en 1865, elle est tombée à 86,5 en 1867, à 77,8 en 1881, etc. Peu à peu un plus grand nombre de malades encore actifs des asiles sont appelés à bénéficier du traitement de famille; il arrive quelquefois que le changement amène une modification favorable dans leur état mental, ou même la guérison. Les asiles peuvent se débarrasser d'un certain nombre de malades inoffensifs, mais incurables, qui n'ont plus rien à attendre du traitement médical; il en résulte une économie sur le prix d'entretien, et on

évite la construction de nouveaux asiles[1]. L'élimination de ces malades actifs permet d'employer dans l'asile d'autres malades qu'on aurait laissés sans occupation, et qui tirent profit à tous égards de l'exercice qu'on leur procure.

Les malades des asiles ne sont pas toujours placés d'emblée définitivement dans les maisons privées, ils sont souvent préalablement placés en congé, à titre d'essai, pendant un certain temps.

L'assistance, dans les maisons privées, des aliénés « inoffensifs et incurables » a pour but plutôt la garde que le traitement ; il ne faut donc pas s'étonner si le nombre des guérisons est peu élevé ; il est cependant intéressant de relever le pourcentage moyen des guérisons et de la mortalité dans les divers établissements de l'Écosse où l'on reçoit des aliénés[2].

1. Dans un rapport annuel de l'asile de Fife et Kinross, M. Turnbull fait remarquer que si les malades ainsi assistés avaient continué à vivre à l'asile sa population. serait actuellement plus nombreuse de 15 p. 100 (Rapport de 1888, p. 14).

2. *Thirtieth annual Report of the general Board in Lunacy for Scotland*, 1888.

	Guérisons. p. 100.	Mortalité. p. 100.
Asiles royaux et asiles de comté . .	40,1	7,9
Asiles privés	26,5	5,1
Asiles de paroisses	38,8	9,7
Quartiers de poor-houses.	6,3	3,8
Maisons privées.	5,0	4,1

On voit, par ces chiffres, que si les guérisons sont peu nombreuses, comme on devait s'y attendre, la mortalité est aussi très faible parmi les aliénés traités dans les maisons privées.

Malgré ses avantages, l'assistance dans les maisons privées n'était pas générale en Écosse. Une des plus importantes paroisses, Barony Parish, Glascow, comprenant 2.641.509 habitants avec six cent trente-trois aliénés au 1er janvier 1888, avait résisté à l'adoption de ce système.

Mais lorsque le magnifique asile de Woodilee (Lenzie), qu'elle avait ouvert en 1873, est devenu insuffisant, elle s'est livrée à une enquête très minutieuse de la question, enquête en tous points favorable ; et, depuis trois ans, elle s'est convertie au *boarding-out*. Le rapport spécial de la paroisse, publié en décembre 1885, donne les chiffres suivants relatifs au prix d'en-

tretien des malades dans l'asile de Woodilee et dans le village de Balfron [1].

	Dans l'asile.	Dans les maisons privées.
Nourriture et entretien . . .	6 fr. 65	8 fr. 75
Logement	6 fr. 95	
Habillement	0 fr. 85	1 fr. 25
Surveillance, soins médicaux.	2 fr. 40	0 fr. 90
Par semaine. . . .	16 fr. 85	10 fr. 90

La comparaison était assez significative ; aussi, sous l'impulsion énergique de M. Motion, la paroisse a fait placer en deux ans soixante-dix-huit malades dans les maisons privées. L'économie est moins importante si on considère les asiles moins bien construits et entretenus que celui de Woodilee ; mais, prise en général, elle est cependant considérable. Jusque dans ces dernières années, le prix d'entretien des malades assistés dans les maisons privées était en moyenne d'un franc par jour, celui de l'entretien dans les quartiers spéciaux de Poor Houses étant de 1,25 et celui des asiles 1,80.

D'après ce qui précède, on peut juger que les conclusions de M. Fraser sur les avantages

1. *Barony parochial Board : Report by subcommittee on harmless and incurable cases,* 1885.

du *private dwelling system* sont parfaitement justifiées.

1° Il pourvoit à l'assistance des aliénés inoffensifs, incurables et faciles à administrer, sans nécessiter la construction d'asiles coûteux, et il tend à prévenir l'accumulation contre nature d'un grand nombre de fous;

2° L'entretien des aliénés ainsi assistés coûte moins que dans les asiles;

3° Il rend à un grand nombre d'aliénés leur entourage naturel et des soins familiaux qui augmentent leur confort, leur satisfaction et leur bonheur et les maintient en bonne santé physique, comme le montrent les tables de la mortalité;

4° Il donne à un certain nombre d'aliénés le moyen de pourvoir à leur propre entretien. Il est donc à la fois avantageux aux aliénés et aux contribuables, sans compromettre la sécurité publique.

On peut ajouter que les accidents ne sont pas plus nombreux dans les maisons privées que dans les asiles. Les évasions sont rares. Quant aux accidents sexuels, ils ne sont pas non plus nombreux, puisqu'on n'en relève que

deux dans le dernier rapport; on pourrait les rendre plus rares encore en poursuivant les complices contre lesquels la loi est armée.

L'extension du *private dwelling system* aurait en outre l'avantage de rendre les asiles à leur véritable destination. Les asiles d'aliénés deviendraient des hôpitaux comme les autres, d'où les malades doivent sortir lorsqu'ils n'ont plus rien à attendre des soins du médecin. L'élimination des malades incurables permettrait au médecin de consacrer plus de temps et d'attention aux malades susceptibles de profiter de ses soins. Dans les hôpitaux ordinaires, lorsqu'un malade est reconnu incurable, ou a retiré du traitement tout le bénéfice possible, il est rendu à sa famille ou à l'administration qui pourvoit à son assistance; il devrait en être de même dans les asiles d'aliénés, sauf les cas où les malades sont dangereux pour la sécurité publique.

Les principales conditions de l'application du système sont : 1° le choix des malades; 2° le choix des gardiens; 3° une convenable inspection officielle.

Le *private dwelling system* s'applique en par-

ticulier aux malades inoffensifs et incurables, aux aliénés par défauts congénitaux, aux déments ou aux vésaniques chroniques, à condition que ces malades ne soient dangereux ni pour eux-mêmes ni pour les autres, qu'ils n'offensent pas la morale publique et qu'ils ne courent aucun risque sexuel. Quelquefois le placement dans les maisons privées, d'un malade maintenu depuis longtemps dans l'asile, a une action tonique[1] qui n'est pas à dédaigner.

Le choix des gardiens paraissait, *a priori*, présenter de grandes difficultés. En pratique, il en présente fort peu en raison du grand nombre de candidats qui permet de choisir les plus convenables et les moins pauvres. A l'origine, la plupart des malades étaient assistés chez quelqu'un de leurs parents ; les choses tendent à se modifier sur ce point ; tandis que le nombre des malades assistés dans leurs familles diminue, celui de ceux qui sont assistés par des étrangers augmente. Un rapport du docteur Lawson, « deputy commissioner », montre

1. Turnbull, *Some remarks on Boarding out as a mode of provision for pauper insane* (*Journ. of mental science*, octobre 1888).

d'ailleurs que les soins donnés par les étrangers sont en général plus satisfaisants. Il est préférable de ne pas placer les aliénés dans les maisons où il y a des enfants très jeunes, autant pour les malades que pour les enfants[1]. Toutefois l'habitude que les enfants contractent de vivre avec les malades les prépare à remplacer leurs parents avec avantage.

Lorsque le service de l'inspection n'avait pas encore atteint tout son développement, on a pu faire un certain nombre d'objections à l'assistance dans les maisons privées et opposer au système le moins grand bien-être que dans les asiles, la monotonie de la vie par l'absence de distractions dont les malades jouissent dans les asiles à portes ouvertes. M. Batty Tuke faisait remarquer en 1870 que certains malades placés dans le village de Kennoway regrettaient le régime de l'asile[2]; les conditions ont dû se

1. J.-F. Sutherland, *The insane in private dwellings and licensed houses*, 2e éd., 1897, p. 39.

2. J.-B. Tuke, *Objections to the cottage system of treatment fort lunatics as it now exist, and suggestions for its improvement and elaboration* (*Edinb., Md. Jour.*, avril 1868. — *The cottage system of management of lunatics as practised in Scotland*, etc. (*Journ. of mental science*, janvier 1870, p. 524.

modifier depuis ; dans les visites que j'ai faites au même village avec M. Turnbull, je n'ai trouvé que des malades affirmant catégoriquement leurs préférences pour leur régime actuel[1]. Ce régime est en effet pour l'habitat, le vêtement, l'alimentation, conforme à leurs habitudes antérieures, et ils sont plus intéressés par ce qui se passe autour d'eux que par la vie réglée des asiles.

La surveillance organisée comme nous l'avons vu paraît parfaitement suffisante; d'ailleurs, les visites des Commissionnaires ou de l'inspecteur des pauvres peuvent être multipliées suivant les besoins. Les petites agglomérations facilitent le travail de l'inspecteur des pauvres et des médecins et favorisent la régularité de la surveillance; il établit une heureuse rivalité entre les gardiens et paraît goûté par beaucoup de malades. Toutefois ces accumulations ne doivent être encouragées que tant qu'elles ne constituent pas une gêne pour les habitants; et c'est avec raison que le *Board in Lunacy* tend à

1. M. Hack Tuke qui a aussi visité Kennoway en 1888 ne formule aucun reproche à ce mode d'assistance (*Boarding out of pauper lunatics in Scotland; The Journal of mental science*, 1889, janv., p. 503).

limiter le nombre des « licences » dans les villages où les agglomérations ont une tendance à devenir trop nombreuses. Les agglomérations se prêteraient mieux à l'éducation professionnelle des gardiens, auxquels les médecins de paroisse ou les inspecteurs des pauvres pourraient faire des cours élémentaires d'hygiène analogues au cours d'hygiène faits aux infirmiers dans certains asiles, et dont profiterait le reste de la population. M. Batty Tuke, dans ses « objections », avait proposé de placer les malades dans des villages voisins des asiles et de les laisser sous la supervision du médecin en chef de l'asile, qui pourrait juger si le cas convient au système, si le gardien est capable de faire son devoir, etc. Ce genre de supervision, qui rapprocherait le *private dwelling system* des colonies annexées aux asiles, pourrait être adopté pour les petites asiles ; mais il paraît impraticable pour les grands asiles, où les médecins en chef, absorbés par leurs devoirs d'administrateurs qui les transforment déjà en gros fermiers et les forcent trop souvent à négliger la partie médicale de leurs devoirs, sont incapables d'assumer une nouvelle charge.

Cette surveillance médicale n'est d'ailleurs pas indispensable, puisque le système s'applique pour ainsi dire exclusivement aux incurables.

La loi anglaise (Lunacy act, 1890) admet maintenant le système du boarding-ont qui paraît bien accueilli par les médecins des asiles[1]. Plusieurs toutefois voudraient que les malades restassent sous la dépendance de la direction des asiles.

Au 1er janvier 1900 le nombre des indigents vivant sous ce régime était de 2.703, dont 1.020 confiés a des membres de leur famille et 1.683 confiés à des étrangers. Parmi ces nourriciers 1.645 n'avaient qu'un seul malade, 653 en avaient deux, 246 en avaient trois, 159 en avaient quatre[2].

1. Beattie Smith, The system of caring for the insane in private dwellings (*The australien med. journ.*, 1881, p, 177). E. Banks Whitcombe, *Presidential address*, (*The journ. of mental science*, 1891, p. 506). — Ch. Féré, *Les aliénés en Irlande* (*Revue scientifique*, 1891, t. II, p. 722).

2. J.-A. Peeters, *Le patronage familial en Ecosse* (*Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, 1901, p. 145).

CHAPITRE VI

LES ALIÉNÉS CRIMINELS DANS LES FAMILLES EN ÉCOSSE

Le *private dwelling system* offre en Écosse une extension curieuse, qui mérite d'être signalée ; il s'étend aux aliénés criminels supposés guéris. Lorsqu'un aliéné criminel, de quelque catégorie que ce soit [1], maintenu dans le département médical de la prison de Perth, ne présente plus pour le moment aucun trouble mental, un de ses parents ou une personne quelconque qui s'intéresse à lui peut s'adresser à l'administration des prisons et demander libération conditionnelle du détenu : elle doit promettre de lui fournir un logement et d'en rester responsable, et s'engager, en outre, à tenir ladite administration au courant de la situation physique et morale du libéré, par des rapports aussi fréquents qu'on pourra le

1. Sibbald, *Report of the commission appointed by the secretary of State for the home department to inquire into the subject of criminal lunacy*, 1882, p. 79.

désirer. Aucune rétribution n'est allouée en général au gardien, qui est toujours parent ou ami du libéré ; cependant, il semble, d'après le rapport de M. Sibbald, que l'État puisse, dans certains conditions, contribuer à son entretien. Chaque mois, le gardien envoie à la prison un rapport mentionnant l'état mental et physique de son pensionnaire, et le médecin de la prison doit le visiter et faire un rapport sur lui deux fois par an. Entre ces visites, la responsabilité du gardien reste entière. M. Mac Naughtan, superintendant du département médical de la prison générale de Perth, m'a affirmé qu'on n'aurait eu aucun inconvénient grave à regretter depuis qu'il est chargé de ce service ; la déposition de M. Sibbald (1882) signalait antérieurement une disparition. Quand le gardien soupçonne une rechute de la maladie mentale, il communique ses craintes à l'administration, et l'on prend immédiatement des mesures convenables, soit en réintégrant la liberté au quartier médical de la prison soit autrement.

Le quartier médical de la prison de Perth contenait à la fin de l'année 1888 49 aliénés dits criminels ; 12 autres jouissaient de la liberté

conditionnelle, 8 vivant chez des parents, 4 chez des gardiens. Sur 3 individus admis en 1887 à la libération conditionnelle, 2 avaient déjà été libérés, puis réintégrés. Cette circonstance semble indiquer que si le système n'a pas jusqu'à présent donné lieu à des inconvénients graves, il ne présente peut-être pas cependant une garantie suffisante.

Comme l'a bien fait remarquer de Boëck au Congrès d'Anvers en 1902, tous les aliénés délinquants ne sont pas dangereux et peuvent être maintenus dans les colonies, un bon nombre de débiles, de déments, de paralytiques généraux, d'arriérés, etc.

CHAPITRE VII

L'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS DANS LES FAMILLES EN AMÉRIQUE

Sous ses diverses formes, le patronage familial des aliénés s'est acclimaté en Belgique, dans diverses parties de l'Allemagne, en Écosse, avec le même profit pour les malades et pour le public. Dès 1868, Howe avait admis qu'on devait en faire l'essai aux États-Unis [1] où il a été introduit en août 1885, à la suite d'un rapport favorable du Dr Stedman (1884) fait à l'instigation du Board of Health, Lunacy and Charity. Depuis cette époque, jusqu'au 3 novembre 1888, cent quatre-vingt-deux aliénés de Massachusetts ont été placés dans les maisons privées. Ces aliénés dont 50 hommes et 132 femmes étaient placés soit par l'État, 136; soit par

1. F.-B. Sanborn, *Dr. S.-G. Howe*, 1891, p. 297. — Morton, *The town of Gheel, in Belgium and its insane* (*The journ. of nervous and mental diseases*, t. VII, 1881, p. 201).

la ville, 29 ; soit par des particuliers, 17. A la même date restaient placés sous la surveillance du « Board » 66 malades dont 21 hommes et 45 femmes, 47 entretenus par l'État, 9 par la ville, 10 par des particuliers [1]. Ces chiffres montrent qu'un certain nombre de malades placés dans les maisons privées ont dû plus tard être assistés autrement. Comme le fait remarquer l'auteur du rapport, il était presque inévitable aux débuts d'une entreprise de ce genre que quelques erreurs fussent faites dans le choix des malades et des nourriciers. Mais, « en somme, l'expérience de ces trois années a été satisfaisante et encourageante. Le système est maintenant en voie de réforme sur certains points ; surtout dans le choix plus soigneux des maisons et des malades, dans le groupement d'un petit nombre de malades autour des centres facilement accessibles, dans la fixation des prix de pension, réglés suivant la bonne volonté et les aptitudes des malades à assister les familles dans leurs travaux. Et il y a lieu d'espérer que dans un an ou deux, on pourra définitivement

1. *Tenth Annual report of the state Board of lunacy and Charity of Massachusetts*, 1889, p. 128.

décider si dans une communauté comme la nôtre le système d'assistance des aliénés inoffensifs dans les familles n'est pas seulement un procédé économique, — ce qui, bien qu'important en soi-même, est comparativement d'un mince intérêt, — mais plus utile pour les malades eux-mêmes, et plus convenable pour favoriser le rétablissement de leur santé mentale, tout en ne produisant aucun effet nuisible sur les personnes au milieu desquelles ils sont placés. » Ici la question d'économie n'est même plus en discussion, du reste le rapport contient des chiffres qui ne sont pas moins éloquents que ceux de la « barony Parish » de Glascow.

Le rapport du Dr Stedman joint au rapport général sur le « Family system » nous montre qu'à peu d'exceptions près les malades sont convenablement assistés et contents de leur sort.

M. Stedman, entre autres remarques analogues à celles qui ont pu être faites à propos du système belge et du système écossais, notamment dans celles relatives aux inconvénients du placement des jeunes femmes dans les familles, relève le défaut d'instruction spéciale

chez les gardiens qui doivent y suppléer par leur bon sens et leur dévouement [1]. Il conseille de remettre à chaque nourricier un registre de visite contenant des instructions générales sur les soins à donner aux malades.

Je citerai encore de son rapport le passage suivant : « Le nombre relativement considérable des malades privés paraît mettre en évidence la possibilité d'utiliser largement ce système, dans cette direction, sous le couvert de l'État. Le manque de secours spécial et convenable pour les malades de cette classe qui sont capables de payer, mais dont les moyens sont très limités, est bien connu comme un défaut criant de notre état. Un système de famille ne répond-il pas à ce besoin en ce qui concerne les cas chroniques ? Les maisons dans lesquelles beaucoup de malades privés ont reçu asile et soins me paraissent répondre catégoriquement par l'affirmative. Si cette mesure était profitable, une légère contribution pour couvrir les frais d'inspection de ces malades, diminuerait

1. M. Stedman relève que les seuls gardiens qui refusent de partager leurs repas avec les malades, étaient d'anciens infirmiers d'asile.

beaucoup les frais de l'État sur ce chapitre. »

L'expérience, dans l'État des Massachusetts, d'un système d'assistance familiale qui paraissait d'abord une application du système écossais, ne paraît pas avoir évolué dans un sens favorable. Après s'être accru lentement puisqu'en 1892 jusqu'à 175, le nombre des aliénés placés dans les familles a diminué jusqu'à 129 en 1896 ; bien que les offres des hôtes soient toujours en excès [1]. Mais l'administration se montre trop difficile dans ses choix, exigeant par exemple des familles sans enfants, dont un ou plusieurs membres aient une instruction hospitalière. Les inspecteurs des pauvres qui doivent autoriser le placement dans les familles ne sont pas partisans de ce système. La résistance est basée en dehors de quelques intérêts particuliers sur la difficulté des secours en cas de maladies, sur les risques que peuvent courir les femmes et les enfants et même les gardiens en général au contact des aliénés, sur le risque de surmenage pour les malades qui perdent le

1. A. Mitchell, *The insane poor in private dwellings in Massachusetts* (*Boston Med. and surg, journ.*, 1897, CXXXVII, p. 457.)

bénéfice des divertissements des asiles : tous inconvénients dont la réalité ne se fait pas sentir ailleurs. Quant à la perte que les asiles éprouvent au départ de bons travailleurs, c'est un argument qui n'a rien à faire ni avec les médecins ni à l'assistance.

Le dwelling system garde pourtant en Amérique des partisans convaincus [1].

Le placement des aliénés dans les familles peut réussir même dans les villes comme Berlin, où la population est très dense ; il n'y a pas de bonnes raisons pour qu'on ne l'essaye pas ailleurs [2].

Dès 1844, le baron Mundy préconisa en Autriche l'assistance familiale des aliénés, et en fit, après un séjour de six mois à Gheel, l'objet d'une thèse ; mais ce n'est que tout récemment, qu'on a inauguré dans ce pays la colonie annexée à l'asile.

1. F.-B. Sanborn, *State care of the insane, True and false care. A remontrance in the name of the insane poor orgainst. crowding them into hospital palaces or asylum prisons*, Br. 8, 1898.

2. H. Rayner, *Housing the insane* (*The journ. of mental, sc.*, 1897, p. 523).

CHAPITRE VIII

LE PATRONAGE FAMILIAL DES ALIÉNÉS EN FRANCE[1]

Jusque dans ces dernières années, le système de l'assistance familiale des aliénés, indépendante des asiles, a été combattu en France par l'unanimité des médecins spécialistes. Ils soutenaient sans contestation que le patronage familial des aliénés et la colonisation ne pourraient pas être pratiqués dans notre pays, dans les mêmes conditions que dans les pays voisins. Cette opinion, défendue par M. Jules Falret en 1860[2], on la retrouve sous différentes formes dans les rapports de Foville en 1885[3], de M. Ké-

1. Ce chapitre a été publié dans la *Revue scientifique*, 1894, 4e série, t. II, p. 235.

2. J. Falret, *Les aliénés et les asiles d'aliénés*, 1890, p. 1. — Brierre de Boismont, *Etude bibliographique et pratique sur la colonisation appliquée au traitement des aliénés*, (*Ann. d'hygiène*, etc., 1862, 2e série, t. XVII, p. 380.

3. A. Foville, *La législation relative aux aliénés en Angleterre et en Ecosse* (Annexe au rapport de M. Th. Roussel au Sénat).

raval en 1889[1], de M. Riu en 1892[2]. L'exemple, pourtant si instructifs, de la récente colonie de Lierneux en Belgique était purement et simplement omis par ces deux derniers auteurs.

Depuis 1887, j'avais soutenu à plusieurs reprises la possibilité de l'introduction en France de ce mode d'assistance, et la *Revue Scientifique* a eu la primeur des documents que j'avais recueillis à ce sujet en Belgique et en Écosse[3]; mais, comme l'adoption de ce système ne pouvait avoir pour effet que de retarder la construction de nouveaux asiles, je n'avais guère de chances de convertir les médecins aliénistes[4]. Cependant, en 1891, le Conseil général de la Seine a commencé une enquête, à laquelle M. Berry a pris une part particulièrement active, et qui a abouti à l'adoption, dans la séance du 12 juillet 1892, des conclusions du

1. Kéraval, *les aliénés hors des asiles publics et privés*, etc. (*Congrès international d'assistance*, 1889, t. II, p. 305).

2. Riu, *les Colonies d'aliénés* (Congrès annuel de médecine mentale de Blois, 1892).

3. *Le Patronage familial des aliénés* (*Revue scientifique*, 5 nov. 1887). — *L'Assistance des aliénés dans les maisons privées en Écosse* (*Ibid.* 1er décembre 1888).

4. M. H. de Varigny dans une revue scientifique du *Temps* (19 nov. 1898) a rétabli ce détail historique singulièrement altéré par d'autres (*La Presse médicale*, 15 janv. 1898, p. 23).

rapport de M. Deschamps, invitant l'administion à établir à Dun-sur-Auron (Cher) une première colonie de cent déments séniles inoffensifs.

Cette restriction à une catégorie de malades était nécessitée par l'interdiction légale de placer des aliénés ailleurs que dans des établissements spécialement désignés pour eux.

La démence sénile consiste essentiellement en un affaiblissement général des fonctions intellectuelles, sans délire ; mais on désigne souvent sous ce nom des vésanies de la vieillesse. En tout cas, si le dément sénile peut être assimilé à l'aliéné à certains points de vue, ce n'est pas en général un fou dangereux, dont les troubles mentaux nécessitent la séquestration. Les déments destinés à la colonie pouvaient cesser de faire partie du personnel des asiles et en sortir par une mise en liberté régulière. C'est seulement après leur sortie régulière qu'ils pouvaient être placés dans une institution non reconnue par la loi comme faisant partie des établissements destinés aux aliénés. Nous aurons à revenir sur la situation légale de ces malades.

Considérons d'abord leur situation matérielle.

I. — Dun-sur-Auron, autrefois Dun-le-Roi, situé à 28 kilomètres de Bourges, était autrefois une des villes les plus importantes du Berry. C'était une place forte, et il reste encore des ruines importantes de ses fortifications, un beffroi en particulier, au toit bizarre qui fut une des tours du château d'où Pierre de Giac, favori de Charles VII, fut précipité dans l'Auron, sur les ordres du connétable de Richemond, en 1427. Elle fut plusieurs fois assiégée, brûlée ou pillée pendant l'occupation anglaise.

On trouve aux environs de la ville des ruines d'établissements romains, et en particulier d'une villa dite de la Tourotte. La ville elle-même contient un grand nombre de traces de son passé, une église, dont une grande partie remonte à l'époque romane, des maisons dont quelque partie rappelle l'époque gothique ou la Renaissance. Les remparts sont aujourd'hui remplacés par des promenades bien plantées.

La ville de Dun, qu'il y a trente ou quarante ans contenait environ 6.500 habitants, n'en a plus guère aujourd'hui que 4.200. Les mines de fer, qui pendant un temps ont fait sa prospérité et employaient près de 1.800 ouvriers,

ne sont plus exploitées. Les vignes qui couvraient son territoire sont à peu près complètement détruites par le phylloxéra. La plupart des terres sont détenues par de grands propriétaires, qui se soucient peu de développer les ressources du pays par des entreprises nouvelles ou des perfectionnements de l'exploitation agricole. Le travail manque ; les ouvriers des champs ou des carrières ne gagnent guère plus de 1 fr. 25 à 1 fr. 50 par jour. Les métiers peu lucratifs ne rapportent pas plus de 3 à 4 francs, et encore ne trouvent-ils pas à s'exercer d'une manière régulière. La production des denrées alimentaires les plus usuelles est assez abondante dans le pays et par conséquent à bon marché. La ville de Dun était donc dans des conditions économiques favorables à la fondation d'une colonie, et le choix de l'administration a été particulièrement heureux.

Dun est à 170 mètres d'altitude, dans une position très salubre. La colline qui la supporte est cotoyée par l'Auron et par le canal du Berry, au delà duquel se trouve la ligne du chemin de fer d'intérêt local.

Il n'existe dans la région aucune industrie.

Au point de vue de l'hygiène, la ville se trouve donc aussi dans une condition avantageuse.

Sauf les jours de marché, la circulation des voitures, même dans les plus grandes rues, est à peu près nulle. C'est là pour les pensionnaires une condition de sécurité qui n'est pas à dédaigner.

Une autre circonstance locale, assez précieuse dans l'espèce, c'est que la population susceptible d'offrir l'hospitalité aux assistés de la Seine est constituée par des citadins dont les conditions d'existence diffèrent moins de celles des habitants de la grande ville ou de sa banlieue que celles d'une population rurale.

Malgré ces conditions favorables, la réussite de l'entreprise n'était pas sans difficultés. La population était disposée à accepter des pensionnaires, mais n'était pas sans crainte sur les inconvénients du séjour parmi elle de cette catégorie particulière d'infirmes ; et d'autre part, elle conservait des doutes sur la durée de l'institution et sur la rémunération des sacrifices qu'elle allait s'imposer pour une adaptation préalable. Ceux qui offrirent les premiers leurs services étaient les plus besogneux et non pas

les plus aptes. Il eût été maladroit de rebuter par des refus les premières bonnes volontés. On peut dire que M. Marie, médecin des asiles, auquel a été confiée la direction de l'entreprise, s'en est tiré à son honneur; et il est d'autant plus digne d'éloges qu'il n'acceptait qu'à regret une tâche imposée.

II. — Pendant les deux jours que j'ai passés à Dun, j'ai pu visiter la plus grande partie des malades; j'ai vu 59 maisons de nourriciers, dont la plupart ont deux ou trois pensionnaires. Ma visite inattendue ne provoquait aucune émotion, et j'ai pu voir sans aucun fard et sans aucune dissimulation ce qu'il y avait à voir. Tout n'est pas pour le mieux sans doute, mais l'impression générale est satisfaisante.

Un grand nombre de maisons sont constituées par un seul rez-de-chaussée élevé d'une marche au-dessus du sol, en général assez haut de plafond; il n'y a guère de maisons élevées de plus d'un étage. En général, les pièces sont suffisamment étendues, éclairées et aérées; cependant on en rencontre plusieurs qui ont juste la capacité réglementaire et qui reçoivent

insuffisamment de lumière et d'air. Un plus grand nombre serait parfaitement suffisant pour une personne, mais n'en peut contenir plusieurs qu'aux dépens de l'hygiène. Plusieurs logements ne reçoivent le jour que sur des courettes obscures et humides, remplies de détritus, ou par une lucarne pratiquée dans la porte. Il y a, à ce point de vue, une sélection à opérer, sélection qui pourra être faite à bref délai en raison du grand nombre des demandes qui permet un choix de locaux mieux adaptés.

En général, les chambres sont propres ; mais un bon nombre, qui ont leurs murs et leur plafond noircis par l'action prolongée de la fumée, se prêtent mal à la surveillance de la propreté et attristent la vue. Il serait facile de remédier à ces inconvénients en exigeant, comme on le fait en Ecosse et en Belgique, un simple badigeon à la chaux. Le défaut ou l'insuffisance de l'installation de cabinets d'aisances constitue une lacune d'autant plus regrettable que les assistés sont pour la plupart des vieillards.

Le plus grand nombre des chambres possèdent une cheminée ou un poêle ; mais quelques-unes sont dépourvues de tout moyen de chauf-

fage, et sont tout à fait insuffisantes l'hiver, surtout si, comme on en voit, elles sont sans plafond. Chez plusieurs nourriciers qui ont offert une chambre vaste et bien aménagée, on trouve le pensionnaire installé dans un local étroit et défectueux à d'autres égards : on attribue le changement au désir exprès du pensionnaire qui préférerait un local plus retiré où il serait plus libre; dans le doute, il serait bon d'imposer le respect du règlement aussi bien au pensionnaire qu'au nourricier. Quelquefois, dans une chambre qui contient à peine deux lits, on en introduit un troisième où couche un membre de la famille.

Les nourriciers trouvent qu'un seul pensionnaire ne peut pas donner un bénéfice suffisant, et leur préoccupation est d'en obtenir deux, trois ou davantage : mais l'administration a le devoir de se préoccuper de procurer aux assistés les meilleures conditions hygiéniques.

La literie est en général suffisante et même souvent supérieure à celle des asiles. On trouve soit des lits de fer, soit de larges lits de bois avec paillasse et lit de plume et des couvertures convenables. Souvent le lit a une descente de

lit ou une carpette ; ce devrait être toujours, surtout quand le sol est carrelé. Chez bon nombre de nourriciers, chaque pensionnaire a une armoire ou un tiroir spécial pour ses vêtements et son linge de rechange : ce devrait être une règle générale, autant au point de vue de la commodité des pensionnaires que de la facilité de la surveillance.

Les pensionnaires doivent prendre leurs repas en commun avec la famille. Le règlement exige de la viande fraîche à quatre repas par semaine : il paraît suivi en général ; mais la garantie n'est suffisante que dans les familles qui ne sont pas trop besogneuses, et dans le régime desquelles les haricots rouges et les beignets de pruneaux ne prennent pas une place trop prédominante. La boisson est de la piquette, quelquefois du café noir. Chaque pensionnaire a droit à un litre de vin par semaine. En général, les malades ne se plaignent pas du régime. ni de la préparation des aliments, ni de leur quantité.

Les pensionnaires sont pourvus d'un trousseau fourni par l'administration, et dont il est dressé un double inventaire. Les vêtements, dif-

férents pour l'hiver et pour l'été, sont pour la plupart confectionnés dans le pays, et ne constituent pas par conséquent une marque distinctive. Quelques malades s'obstinent à ne porter que des vêtements qui leur appartiennent en propre, et dont le renouvellement insuffisant est une source d'inconvénients multiples. Assez souvent le changement de vêtements, soit pour le blanchissage, soit pour la réparation, provoque des idées de vol et des accusations qui sont le plus ordinairement fausses, mais sont aussi quelquefois légitimes : il n'est pas sans exemple que les nourriciers portent les vêtements ou le linge de leurs pensionnaires.

Les pensionnaires jouissent d'une grande liberté ; ils vont et viennent seuls, non seulement dans la ville et les environs, mais même quelquefois au loin, à un pèlerinage vanté ou à la ville de Bourges.

La colonie de Dun, comme le fait remarquer M. Puteaux dans son rapport au Conseil général de la Seine, n'est pas une colonie de travail, mais une *colonie de repos*. La plupart des vieillards qui en font partie sont incapables de tout travail et ne travaillent pas ; mais un grand

nombre prennent part aux soins du ménage, à la préparation des aliments, à la garde des enfants, etc. D'autres travaillent à la confection des vêtements que leur confie l'administration. Tous les valides trouvent à occuper leur activité, encouragée par les rétributions qui sont versées à leur pécule. Du reste les nourriciers, qui eux-mêmes manquent de travail, ne tiennent pas à ce que leurs pensionnaires soient en mesure d'entrer pour une part dans la concurrence.

Les pensionnaires de Dun ne sont pas aussi complètement relégués qu'on pourrait le croire. La Compagnie d'Orléans favorise les visites des familles en leur accordant la gratuité du retour : une vingtaine de pensionnaires ont déjà pu recevoir un ou plusieurs de leurs parents. D'autre part, l'administration affranchit volontiers les lettres d'un pensionnaire. Aussi n'y a-t-il pas d'exemple de tentative d'évasion à proprement parler : quelques débiles se sont égarés et ont été ramenés par les personnes qui les ont rencontrés, et auxquelles on a alloué une indemnité proportionnelle à la distance parcourue.

Les pensionnaires sont en général satisfaits

de leur sort, et on en citerait difficilement qui regrettent l'asile. Plusieurs manifestent le désir de retourner à Paris ; mais ce qu'ils entendent, c'est Paris et la liberté complète, et non pas Paris avec le genre de liberté qui convient à leur état mental. Ils ne tirent pas seulement avantage du système colonial au point de vue de leur bien-être et de leur santé physique. Dans quelques cas au moins le retour à une vie moins monotone que celle de l'asile, la part qu'ils prennent aux préoccupations de la famille relèvent leur activité mentale menacée de la démence des asiles *(asylum dementia)* [1].

III. — Les nourriciers occupent les positions les plus diverses ; on compte parmi eux plusieurs conseillers municipaux. Du reste, voici le tableau des nourriciers par profession en 1894 :

Tailleurs.	2	Tisserand	1
Journaliers. . . .	9	Fruitier	1
Épiciers	3	Garde champêtre.	1
Couturières . . .	3	Botteleur.	1
Aubergistes . . .	4	Sans profession. .	6
Pâtissiers	2	Propriétaires. . .	2
Cordonniers . . .	2	Voituriers	2
Libraire	1	Facteurs.	4

1. W. Harding, *Mental Nursing*, 1894, p. 113.

Boucher.	1	Accoucheuse. . .	1
Chaisier.	1	Maréchal.	1
Carriers.	5	Taillandier. . . .	1
Sabotiers	3	Blanchisseur. . .	1
Laitiers	2	Cantonnier. . . .	1
Maçons	4	Jardinier.	1
Chauffeur	1	Perruquier. . . .	1
Bûcheron	1	Vigneron.	1

Ce sont naturellement les femmes des nourriciers qui jouent le principal rôle dans l'hospitalisation, d'autant plus que la plupart des assistés sont des femmes. Elles paraissent en général traiter leurs pensionnaires avec douceur et veiller avec soin à la propreté de leur tenue et à leur sécurité. Assez souvent elles mettent une fierté de bon augure à présenter leur malade dans une condition irréprochable.

On n'a guère eu à enregistrer des plaintes de pensionnaires relatives aux nourriciers. Plusieurs pensionnaires ont demandé à changer ; mais le plus souvent on a constaté que ces demandes étaient suggérées par des personnes qui avaient intérêt à les provoquer, ou qu'elles étaient la conséquence de désaccords entre deux pensionnaires assistés sous le même toit.

Du reste, depuis dix-huit mois que les premiers pensionnaires sont arrivés à Dun, il ne

s'est produit aucun accident, aucun scandale. Dans les premières semaines, les nouveaux venus excitaient la curiosité, et leurs allures quelquefois étranges provoquaient des attroupements ; mais on s'est vite habitué à leur présence : un bon nombre d'habitants de la ville sont bien convaincus qu'il ne s'agit pas le moins du monde de fous, et jugent tout à fait sévèrement ceux qui ont pu les soumettre à la séquestration pendant des années.

Les nourriciers se montrent aussi satisfaits de leurs pensionnaires, et leur satisfaction s'objective par des demandes réitérées d'hôtes nouveaux. Un grand nombre de candidats non encore pourvus offrent des locaux convenables à l'administration, qui pourrait du jour au lendemain trouver plus de cent places bien aménagées. Le chiffre réel des places offertes atteint à peu près trois cents ; et il faut remarquer que la population non agglomérée de la commune de Dun et les communes voisines, qui au début adressaient des demandes, n'en adressent plus maintenant qu'elles sont habituées à ne pas les voir accueillir ; on pourrait doubler et peut-être tripler le nombre des pensionnaires de la colo-

nie. Mais ce n'est pas seulement de l'adaptation des locaux dont il faut tenir compte. L'éducation des nourriciers n'est pas toujours satisfaisante ; quelques-uns ne s'attachent qu'à augmenter leur gain en trompant le médecin, soit sur l'alimentation, soit sur les vêtements, etc. Il serait bon d'imiter ce qui se fait en Belgique et en Ecosse, et d'ajouter au carnet de nourricier où l'on inscrit l'état civil des pensionnaires et l'inventaire de leurs effets, une notice relative aux devoirs journaliers des nourriciers, et de reproduire cette notice sur une feuille susceptible d'être affichée ostensiblement dans la maison, comme on le voit en Ecosse. Cette pratique permettrait de rappeler d'une manière précise leurs droits et leurs devoirs à la fois au nourricier et à son pensionnaire.

Du reste, il serait à désirer que l'éducation des nourriciers fût perfectionnée par un enseignement spécial, tel que le fait M. Peeters, à Gheel, depuis plusieurs années. Un semblable enseignement, auquel pourrait prendre part la population aisée de la ville, en répandant les notions générales sur l'hygiène et sur les devoirs fondamentaux du nourricier, pourrait inspirer

le goût de ce mode d'hospitalisation à des personnes d'une condition supérieure à celle des nourriciers ordinaires, et qui pourraient recevoir des pensionnaires payants, et fonder ainsi une industrie productive et utile comme celle qui réussit à Gheel. La concurrence est l'aiguillon dans toutes les industries : il n'est pas douteux que les pensionnaires des asiles publics et même les maisons privées tireraient un profit de l'hospitalisation familiale pour les malades des classes riches. Il ne faut donc pas hésiter à l'encourager.

L'hospitalisation et le traitement d'aliénés aisés dans des maisons particulières entraînerait nécessairement l'attention des pouvoirs publics sur un point qui n'a pas passé inaperçu dans d'autres pays. C'est que l'inspection doit avoir en vue non seulement sur les abus qui peuvent porter atteinte à la liberté individuelle, mais aussi qu'elle doit s'assurer que les conditions matérielles dans lesquelles le pensionnaire vit, sont bien celles que comporte le prix de pension qu'il paie. Les aliénés traités en commun dans d'autres institutions devraient nécessairement profiter de la même mesure. Le

contrôle de l'État dans tout ce qui concerne les aliénés, ne peut avoir qu'un but : empêcher l'oppression sous quelque forme que ce soit.

Cette nécessité de la protection s'impose avec une telle urgence que les moyens les plus radicaux ont été proposés pour la réaliser. Comme le soupçon se porte tout naturellement sur les établissements privés, où les intérêts personnels entrent en jeu on a tout simplement proposé de les supprimer. Il n'est guère d'années où on ne tente un effort dans cette direction[1]. Il est certain que si tout était pour le mieux dans les asiles publics, la mesure pourrait être réclamée d'urgence. Mais en y regardant de près, on peut se demander si l'État, en possession du monopole du traitement des aliénés, serait toujours en mesure de fournir des médecins et des administrateurs qui vaudraient mieux que les quelques produits de son industrie, et si dans ses établissements le contrôle se présenterait avec des garanties suffisantes. Il serait à craindre que les familles en mesure de payer, et qui n'auraient pas la possibilité de faire intervenir

1. J.-W. Corbett, *Ought private lunatic asylum to be abolished?* (The Westminster Review, 1894, oct., p. 309).

efficacement des médecins de leur choix, feraient tous leurs efforts pour tourner la loi et réussiraient souvent. En attendant la réalisation de l'âge d'or pour les aliénés dans les asiles publics, il est sage d'accueillir toutes les mesures de contrôle de nature à perfectionner les éléments de concurrence. Une bonne organisation du patronage familial peut peut-être contribuer à ce perfectionnement[1].

IV. — M. Puteaux, dans son rapport, émet le vœu qu'on ne place à Dun que des femmes ayant passé l'âge de la maternité possible ; il craint le séjour des hommes. « Autant, dit-il, il est aisé de distraire une vieille femme et de tromper ses loisirs en mettant à sa disposition quelques chiffons, autant il est difficile de maintenir tranquille un homme qui vit dans l'oisiveté. Il sera tenté d'aller au cabaret, de chercher querelle à ses compagnons, de voler, de s'évader... Encore ne seraient-ce que des peccadilles à côté d'un péril bien autrement redoutable. Ce qui survit chez ces dégénérés, ce sont les instincts de bes-

1. Ch. Féré, *Les aliénés hors des asiles* (*Revue des revues*, 1895, t. XII, p. 181).

tialité. Comment réprimer l'ivresse des sens chez les impulsifs? Il n'est pas besoin d'insister pour se rendre compte que, en présence de pareils êtres, la vie familiale est pleine de menaces. Gheel nous en fournit des exemples qui doivent être pour nous un sérieux avertissement[1] ».

Cette accusation contre la moralité à Gheel est injustifiée. M. Peeters, directeur de cette colonie, m'affirme que jamais les aliénés n'ont été accusés de relations illicites, et que les rares grossesses qu'on a observées chez les femmes colloquées pouvaient presque toujours être attribuées à des pensionnaires libres qui n'ont rien à faire avec l'administration de la colonie pour laquelle ils constituent un danger permanent. Ces pensionnaires libres sont des indigents, souvent vagabonds, placés par les municipalités de Bruxelles et d'Anvers. Ce qui est incontestable, c'est que le placement des hommes dans une colonie doit être soumis à un choix.

En ce qui concerne en particulier notre colo-

1. *Commission de surveillance des asiles publics de la Seine*, procès-verbal de la séance du jeudi 14 décembre 1893, p. 464.

nie de Dun, rien ne prouve que la présence des hommes qui y restent actuellement constitue un inconvénient. Le seul reproche que j'aie pu obtenir des habitants que j'ai interrogés est relatif à un pensionnaire qui entre quelquefois dans les cafés, où, après avoir imité le canard avec assez de succès, il fait une quête plus ou moins fructueuse, dont il dépense le produit en liqueurs.

Le règlement de police relatif aux aliénés placés dans la commune de Lierneux donne le moyen de prévenir les excès de ce genre, de même que d'autres dangers (feu par les pipes, etc.), en imposant certaines obligations aux habitants.

Il est de première importance pour le succès définitif du système colonial en France, que les deux sexes puissent être admis à profiter de ses avantages. Jusqu'à présent, l'expérience de l'hospitalisation des hommes à Dun n'a pas été suffisante, et elle a été faite dans de mauvaises conditions. Tandis que les femmes désignées par le médecin traitant ont été l'objet d'un nouvel examen approfondi dans le quartier d'observation où on les réunit à Sainte-Anne, les hommes

ont été choisis avec moins de soin ; plusieurs avaient des habitudes alcooliques qui se sont révélées dès leur arrivée ; néanmoins les 8 hommes qui sont actuellement à Dun ne donnent lieu à aucune plainte sérieuse. Il n'est pas douteux qu'en faisant fonctionner avec autant de soin le quartier d'observation des hommes, on obtiendra le même succès qu'avec celui des femmes. La sélection à l'asile et au quartier d'observation est d'ailleurs complétée par une observation de quelques jours à l'infirmerie de la colonie. Si le malade est impropre à l'hospitalisation familiale, le directeur-médecin peut le réintégrer selon les règles ordinaires à l'asile public du Cher, qui reçoit déjà des pensionnaires du département de la Seine : le placement à l'asile du Cher se fait sur une demande de placement volontaire signée du surveillant de la colonie. Cette triple sélection est bien capable de rassurer les plus timorés, surtout si on s'en tient aux termes de l'instruction ministérielle (2 mai 1892), qui recommande de ne placer que des déments incurables et tranquilles. Il est à remarquer, d'ailleurs, que dans son rapport de 1893, M. Marie ne signale que

9 réintégrations pour cause d'incompatibilité avec le système ; actuellement, le nombre de réintégrations ne s'élève encore qu'à 13.

V. — La possibilité de recevoir des malades à leur arrivée à la colonie et la nécessité de soigner ceux qui tomberaient malades, pendant leur séjour, entraînait le besoin d'une infirmerie au moins sommaire.

L'infirmerie est constituée par une maison du village qui, avec l'enclos qui en dépend, a été louée au prix de 600 francs. Des aménagements en cours d'exécution permettront d'y loger le directeur-médecin et le ménage d'infirmiers, et d'avoir une vingtaine de lits disponibles pour les arrivants et pour les pensionnaires malades ou à réintégrer dans les asiles. L'infirmerie contient en outre des locaux pour servir de vestiaires, de magasins et une salle de bains. Cette salle de bains est malheureusement insuffisante, non seulement parce qu'elle ne contient qu'une baignoire, mais surtout parce que, en raison de la situation élevée du local, l'eau y fait défaut. La ville de Dun ne possède aucun établissement de bains : il serait à désirer que l'on

réussisse à en provoquer la fondation par une subvention ; si on n'y parvient pas, on pourrait, comme M. Marie en a eu la pensée, installer chez un des nourriciers les plus proches de la rivière une installation suffisante pour subvenir aux besoins des colons.

Le personnel administratif est constitué par un directeur-médecin, qui a à sa disposition un ménage d'infirmiers et un commis aux écritures. Le surveillant infirmier a la charge d'aider le médecin dans ses visites ; sa femme tient la lingerie et le vestiaire, veille aux réparations des effets, prépare les repas et surveille les malades de passage à l'infirmerie.

Le médecin visite chaque malade environ tous les huit jours. Dans les conditions actuelles, avec 125 malades, en tenant compte des jours où la tournée est impossible par suite du transfert des malades qui doivent être accompagnés, d'échéances de fin de mois avec réception des nourriciers venant émarger, etc., il doit voir 15 à 18 malades par tournées quotidiennes. Les malades de la colonie de Gheel, ceux qui sont assistés dans les familles en Écosse, sont visités aussi toutes les semaines par un médecin ; mais

d'autres fonctionnaires concourent encore à la surveillance ; à Lierneux les visites journalières des gardes de section sont constatées par un timbre daté par le secrétariat de la colonie. En Écosse, en dehors des visiteurs locaux, les inspecteurs du Bureau central font une visite chaque trimestre. « Il serait à désirer, dit M. Marie dans son dernier rapport, qu'à Dun une commission d'inspection puisse également intervenir pour trancher certaines questions délicates et alléger la responsabilité du médecin. » Cette intervention est d'autant plus nécessaire qu'au moment de l'établissement le médecin de la colonie a dû faire des concessions relatives aux locaux en particulier, sur lesquelles on devra nécessairement revenir. L'article 3 de la proposition de loi de M. Berry [1] répond à ce besoin. Parmi les moyens capables d'assurer la sincérité des inspections, il faut signaler la publication d'un rapport accessible à tous ceux qui peuvent s'intéresser à la question.

1. *Proposition de loi tendant à autoriser les départements à placer dans les familles les déments séniles, les idiots, les gâteux* (20 décembre 1893).

VI. — Le système procure une économie considérable. D'abord, il supprime les frais de construction d'un asile hospitalier, soit 3.000 francs par aliéné avant tout traitement. Ensuite il réalise un bénéfice important au point de vue du prix des journées : chaque journée de présence en effet revient à l'asile Sainte-Anne à 2 fr. 90 ; à celui de Villejuif, à 2 fr. 40, à Ville-Évrard ; à 2 fr. 25 ; à Vaucluse et à Bicêtre, à 2 fr. 20 ; à la Salpêtrière, à 2 fr. 10 ; tandis qu'à Dun elle n'est que de 1 fr. 91 pour l'exercice 1893-94. On peut prévoir, que lorsque l'effectif de 200 malades sera complet, il s'abaissera à 1 fr. 55. Sur ce prix total, les nourriciers ont touché en moyenne, en 1893, 1 fr. 16, et dans le premier semestre de 1894, 1 fr. 11.

Depuis le début, il a été admis à la colonie 143 malades, en déduisant 13 réintégrations, 6 décès et une sortie. Il reste actuellement 123 malades, dont 8 hommes et 115 femmes. Le budget prévoit la présence de 200 malades pour le nouvel exercice (vote du Conseil général, 25 décembre 1893). Il y aura intérêt à augmenter encore ce nombre, car l'économie sera d'autant plus grande que les frais généraux seront moins

grands relativement à la totalité de la dépense. Or, actuellement, une augmentation des frais généraux s'impose en raison de l'insuffisance du personnel de la direction.

VII. — Le moment est donc venu de se préoccuper de la situation légale de la colonie. Les instructions ministérielles sont d'accord pour prescrire l'envoi exclusif à Dun de déments séniles inoffensifs, et principalement de femmes ayant passé l'âge de la maternité. Mais, en réalité, il est facile de constater qu'il existe, parmi les pensionnaires de la colonnie, un grand nombre d'aliénées âgées qui n'ont rien à faire avec la démence sénile. Il y existe aussi des hommes qui ne sont pas tous non plus des déments séniles.

Les pensionnaires de Dun sont en réalité des aliénés, mais des aliénés sortis légalement des asiles. Grâce à ce certificat de sortie, ils ne sont plus légalement retenus de force par les nourriciers, et leurs biens échappent à l'administration de la commission de surveillance. C'est un point qui n'a pas manqué d'inquiéter les membres de cette commission, mais sur lequel on ne

peut espérer de satisfaction que par une loi qui fasse rentrer les colonies familiales au nombre des établissements destinés à recevoir des aliénés et d'y maintenir les malades par une *collocation* légale qui les place sous la surveillance de l'autorité publique. L'expression de collocation est employée en Belgique dans le même sens que séquestration chez nous ; la mesure qu'elle désigne s'applique aussi bien aux aliénés des colonies de Gheel et de Lierneux qu'à ceux des asiles publics ou privés ; elle pourrait s'appliquer aussi aux aliénés traités dans leur propre famille, pour lesquels la protection de la loi est d'autant plus à désirer qu'ils sont les plus exposés aux séquestrations illégales et à d'autres sortes d'abus.

Le rapport de M. Deschamps au Conseil général de la Seine, aussi bien que le rapport de M. Berry à la Chambre, ne vise que les éléments séniles, les idiots et les gâteux ; mais les résultats satisfaisants que montre déjà l'essai de Dun peut nous laisser espérer qu'on pourra donner à tous les aliénés incurables et inoffensifs le bénéfice du système d'assistance que nous préconisons.

La colonie de Dun s'est développée rapidement. Plusieurs départements se sont proposés à lui envoyer des malades : elle en a d'abord reçu 30 de l'asile de l'Eure [1].

La colonie de Dun comprenait 650 malades au premier janvier 1900. Une première annexe avait été créée en 1894 à Bussy Vizerolles, une deuxième en 1896 à Levet. En 1900 on a installé à Ainay-le-Château une autre annexe actuellement autonome et où l'année suivante on trouvait 123 pensionnaires dont 115 hommes et 8 femmes [2].

Au 31 décembre 1903, il y avait à Dun, 908 pensionnaires présents, dont seulement 6 hommes [3].

Depuis que la colonie d'Ainay-le-Château (Allier) reçoit principalement des hommes, son chiffre de la population assistée a passé de 100 à 190 à 162 en 1901, à 354 en 1902, dont seu-

1. *Rapport sur le service des aliénés dans le département de la Seine pendant l'année* 1897, p. 381.

2. P.-M. Espinasse, *L'assistance familiale des aliénés, Colonie d'Ainay-le-Château* (Allier). An. 1901.

3. Rapport de M. le Dr Truelle : colonie familiale de Dun-sur-Auron (*Rapport sur le service des aliénés du département de la Seine pendant l'année* 1903).

lement de 12 femmes[1], à 371 au 31 décembre 1903, dont seulement de 13 femmes.

Le placement familial s'était acclimaté chez nous bien avant les aliénés inoffensifs pour les enfants : maintenant vient à son tour celui des vieillards[2]. C'est surtout vis-à-vis d'eux qu'il importe d'un respect plus évident de la personne des assistés. Les hommes et les femmes peuvent bénéficier des avantages de ce genre d'assistance qui assure un plus avantageux emploi des deniers publics.

En ce qui concerne les assistés qui nous occupent, le sexe n'établit aucune différence d'aptitude à ce genre de placement.

1. Rapport de M. le D[r] Lwoff médecin directeur : colonie familiale d'Ainay-le-Château (*Rapport sur le service des aliénés du département de la Seine pendant l'année* 1903).

2. H. Bonnet, Note sur les colonies familiales de vieillards organisées par le département de la Seine à Lurcy, Lévy (Allier) et Saint-Florent (Cher), (*La Revue Philanthropique*, 1904, p. 673).

CHAPITRE IX

L'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS DANS LEUR PROPRE FAMILLE

Le Congrès médical de Lyon en 1865 a été l'occasion d'une discussion sur « la possibilité et la convenance de faire sortir certaines catégories d'aliénés des asiles spéciaux, et de les placer soit dans des exploitations agricoles, soit dans leurs propres familles. » M. Brunet après avoir passé en revue les avantages de ces deux modes d'assistance concluait : « En résumé les asiles doivent être réservés exclusivement aux malades dangereux et à ceux que la nature de la maladie ne permet pas de traiter ailleurs. » Cette conclusion ne pouvait pas être accueillie sans protestation des médecins d'asiles publics ou privés qui l'entendaient, et particulièrement en ce qui concerne l'assistance dans les familles.

Au traitement des aliénés riches ou aisés dans leur propre famille on peut objecter les incon-

vénients de l'absence ou de l'insuffisance des mesures capables de détourner l'aliéné de son délire. L'objection a beaucoup plus de valeur encore lorsqu'il s'agit des malades pauvres.

L'assistance dans leur famille convient surtout aux débiles non éducables et aux déments.

Dans une famille tarée, l'entourage est nécessairement mauvais. La séquestration à domicile n'est ni un bon moyen de traitement ni un bon moyen d'assistance.

En Italie, l'enquête de 1898 indiquait que la proportion des aliénés placés dans les familles était de 4 p. 100, l'assistance dans la famille des malades n'a pas réussi (Tamburini) ; on est plus satisfait de l'assistance dans les familles étrangères.

CHAPITRE X

LE PATRONAGE FAMILIAL DES ALIÉNÉS ET LE PATRONAGE DES ALIÉNÉS GUÉRIS

Depuis que nous avons essayé de mettre en lumière les conditions de l'assistance et du traitement des aliénés dans des familles étrangères, et en particulier du *patronage familial*, tel qu'il existe en Belgique et en Ecosse, où nous l'avons vu fonctionner avec succès, ce mode de secours aux aliénés a été l'objet d'une discussion au Congrès international d'assistance, en 1889, à propos d'un rapport[1] où manquait une des pièces les plus importantes du procès, l'histoire de la colonie belge de Lierneux, créée de toutes pièces en quelques années, et qui a reçu près de 500 malades.

1. Kéraval, *Les aliénés hors des asiles publics et privés, colonies d'aliénés, système familial* (*Congrès international d'assistance*, t. II, p. 305, 1889). Dans son rapport sur *les colonies d'aliénés*, au *Congrès des médecins aliénistes de France* en 1892, M. Riu fait la même omission.

Les conclusions proposées par M. Magnan et adoptées par la section du Congrès ont été les suivantes[1] :

1° L'asile doit être considéré comme un instrument de guérison et de traitement;

2° A côté des asiles, le patronage familial et les colonies agricoles doivent être développés le plus largement possible, pour obvier à l'encombrement des asiles;

3° Le médecin traitant indiquera les catégories des malades qui seront en état de jouir du patronage familial et surveillera les colonies agricoles.

Ces conclusions, dont la première n'a aucun rapport avec la question en discussion, montrent assez clairement la préoccupation des médecins d'asiles de maintenir l'organisation administrative actuellement en vigueur; mais elle met aussi en évidence que le principe du patronage familial ne peut plus être repoussé.

Le principe étant admis, la mise en pratique n'est plus qu'une question de temps. Des mesures d'économie s'imposent dans beaucoup de dépar-

1. *Congrès d'assistance de* 1889, t, II, p. 363.

tements, relativement à l'assistance des aliénés, qui devient de plus en plus coûteuse. La construction et l'organisation dispendieuses de certaines prisons ou dépôts de mendicité ont déjà scandalisé un rapporteur du budget : il n'est pas douteux que les Conseils généraux ne soient aussi bientôt frappés des dépenses excessives nécessitées par la construction d'asiles destinés à des malades qui pourraient être efficacement assistés à moins de frais.

On tend actuellement à admettre le principe de l'obligation de l'assistance, s'étendant non seulement aux malades et aux indigents valides, mais encore aux vicieux. L'obligation de l'assistance, ainsi comprise, a nécessairement pour effet de s'opposer à la sélection naturelle dans l'espèce : elle serait antisociale et inhumaine si elle ne constituait pas pour la société un moyen indirect de défense. C'est pour prévenir la misère, la cause de toutes les plaies sociales, qu'on doit aider les défaillants, instruire les ignorants et amender les vicieux. En pratiquant l'assistance dans la plus large acception du mot, la société travaille pour sa propre sécurité ; mais elle ne peut atteindre son but si elle fait,

sans condition, à ceux qu'elle secourt, un sort tel qu'ils ne puissent désirer l'améliorer par leur propre industrie. L'assistance publique doit avoir pour devise : « Tout le nécessaire, rien que le nécessaire. »

Le système familial peut donner aux aliénés inoffensifs et incurables « tout le nécessaire », et il leur donne en plus des avantages moraux qu'ils ne peuvent trouver dans l'asile. Pour s'assurer qu'ils ont tout le nécessaire, on ne rencontrera aucun obstacle spécial : le contrôle du système familial, appliqué aux aliénés, ne présente pas plus de difficultés que lorsqu'il s'applique aux enfants assistés, et souvent il pourrait être exercé à peu de frais par les mêmes personnes. Les heureux effets de l'amélioration du service d'inspection des enfants assistés dans ces dernières années montrent bien ce qu'on peut attendre d'une organisation analogue.

Si le patronage familial s'applique surtout aux aliénés incurables et inoffensifs, ce n'est pas seulement à cette catégorie de malades qu'il convient : dans certaines circonstances, il peut être utilisé comme moyen de traitement, et même se montrer supérieur à l'asile. En outre,

il peut encore rendre des services dans l'assistance d'un autre groupe de malheureux tout à fait dignes d'intérêt, et sur lesquels l'attention a été rappelée dans ces derniers temps : ce sont les aliénés qui sortent guéris des asiles[1].

Lorsqu'un aliéné sort guéri d'un asile, ou soi-disant tel, car on sait avec quelles réserves il faut accueillir le mot de guérison, il se heurte à des difficultés nombreuses. Même lorsqu'il a une famille, et lorsque, ce qui n'a pas toujours lieu, cette famille le reçoit à bras ouverts, la défiance l'entoure de toutes parts, il trouve difficilement un emploi. Or, l'inaction, lorsque ce n'est pas la rechute dans quelque vice ancien ou l'initiation à quelque vice nouveau ou au crime, c'est souvent au moins pour l'indigent la misère et la détresse. Le vice, la misère, les tourments qui ont joué un rôle si important dans l'apparition des premiers troubles de l'esprit, sont encore plus efficaces à provoquer la rechute. L'aliéné guéri, qui ne trouve pas de travail à sa sortie de l'asile, y rentrera fatale-

1. Ch. Féré, *Le patronage familial des aliénés et le patronage des aliénés guéris* (*Rev. scientifique*, 1890, t. XLVI, p. 496.)

ment. Le médecin, instruit par de cruelles expériences, hésite souvent à rendre la liberté à un convalescent dont la vie n'est pas assurée. Ces rechutes dues à l'abandon des malades à la sortie et à la réaction qu'elles provoquent, constituent un des facteurs importants de l'encombrement des asiles.

L'assistance, à leur sortie, des aliénés guéris, s'impose, non pas seulement au point de vue sentimental, mais au point de vue de l'utilité publique ; c'est une question de sécurité et d'économie sociale, à laquelle chacun doit s'intéresser, car chacun est exposé à rencontrer un aliéné armé par la misère.

L'initiative privée est déjà venue depuis longtemps au secours de cette catégorie d'infortunés ; plusieurs institutions locales ont été fondées en leur faveur. La première en date est due au zèle éclairé et généreux de J.-P. Falret et de l'abbé Christophe, devenu depuis évêque de Soissons [1]. Fondée à Paris en 1843, et reconnue d'utilité publique en 1849, elle s'applique exclusivement

1. Falret, *Rapport du Comité administratif au Conseil général de l'OEuvre de patronage et asile pour les aliénés indigents sortis convalescents des asiles publics du département de la Seine*, 1890.

aux femmes auxquelles elle distribue du travail à domicile, et temporairement dans un asile particulier qui reçoit une quarantaine de personnes, une centaine de personnes y reçoivent des secours chaque année. Des institutions du même genre existent dans d'autres départements.

Morel en avait fondé une à Nancy qui était déjà prospère en 1832[1]. M. Leblond, directeur de l'asile de Bailleul, en a créé une dans le Nord en 1881. M. Baume, directeur de l'asile de Quimper a fait, dans le Finistère, une tentative peu fructueuse du même genre. Richard, directeur d'asile de Stephansfeld (Bas-Rhin), en avait fondé une en 1842 qui fonctionne encore aujourd'hui sous la domination allemande. L'Angleterre possède *The after care association for poor and friendles female convalescent on leaving Asylum for the insane*, qui s'étendra bientôt sur deux sexes[2]. Des sociétés analogues existent en Allemagne (Hambourg, Brandebourg), et en Autriche, en Italie (Milan), en

1. Morel, *Études cliniques*, t. I, 1852, p. 452.

2. Rayner, *After care of male patients discharged from Asylums the journ. of mental sc.*, 1891, p. 535).

Suisse (Appenzel, Bâle, Berne, Grisons, Lucerne, Saint-Gall[1], Thurgovie, Zurich[2].

Mais, outre que leur caractère d'institutions privées entraîne un certain nombre d'inconvénients, leur nombre est insuffisant[3]. Il est nécessaire d'en venir à une organisation générale et régulière. C'est dans ce but que M. Donnet, sénateur[4], a proposé la création de commissions départementales, fonctionnant à peu près comme les bureaux de bienfaisance, et éclairées par le concours des médecins spécialistes. La néces-

1. *Ann. méd. psych.*, 1874, 5e série, t. XII, p. 446.

2. De Boëck, *De l'organisation du patronage des aliénés dans l'arrondissement de Bruxelles* (*Bull. de la Soc. de médecine mentale de Belgique*, 1896, p. 166).

3. L'*After-care association of the insane* a assisté en 1889, cinquante femmes sorties guéries des asiles anglais (*The journal of mental science*, 1890, p. 596).

Une somme de 200 francs, prise sur le legs du baron d'André, est mise chaque année à la disposition du directeur de Bicêtre pour être distribuée aux aliénés indigents qui sortent guéris, cette distribution est faite en argent. Guislain, l'illustre aliéniste belge, a légué une rente de 1.800 francs qui est répartie parmi les hommes et les femmes qui sortent guéris des asiles de Gand, la répartition en est souvent faite sous forme d'outils ; d'assez fortes sommes sont quelquefois prêtées. A l'hospice Guislain, à Gand, il existe une *Caisse d'épargne* qui assure la sécurité du pécule des malades qui travaillent.

4. Donnet, *Patronage ou assistance des aliénés indigents sortis guéris des asiles.* (*Congrès international d'assistance.* t. II, p. 289. 1889.)

sité de cette organisation a été reconnue par la *Société internationale pour l'étude des questions d'assistance*, qui a voté récemment les conclusions suivantes :

1° Les sociétés de patronage doivent s'occuper tout d'abord de procurer du travail aux aliénés sortis guéris des asiles ;

2° Des secours en argent seront accordés par les sociétés de patronage ;

3° Elles restent autant que possible en rapport avec les personnes qu'elles ont placées ;

4° Elles doivent être composées de préférence de patrons ou anciens patrons, manufacturiers, industriels et autant que possible d'un médecin aliéniste ;

5° Il pourra être créé, dans les asiles d'aliénés, des quartiers de convalescence où séjourneront les malades guéris et mis en liberté pendant le temps limité qui leur sera nécessaire pour se procurer du travail ;

6° Des sorties d'essai et des sorties provisoires seront accordées pour permettre aux malades de pouvoir se procurer du travail [1].

1. *Bulletin de la Société internationale pour l'étude des questions d'assistance*, p. 188; 1890.

Ces conclusions ne pouvant tenir compte de toutes les observations contenues dans les deux rapports de M. Charpentier qui ont servi de base à la discussion[1] ou qui ont été formulées au cours de la discussion elle-même, quelques-unes cependant méritaient considération.

On peut contester l'utilité des secours en argent qui devraient être définitivement bannis de la pratique de l'assistance. Les sorties plus ou moins réglementées, même lorsque ceux qui en bénéficient sont placés dans des quartiers spéciaux de convalescents, ne sont pas sans inconvénients au point de vue de la discipline de l'asile, et leur innocuité pour des individus dont l'équilibre mental n'est pas bien établi n'est pas certaine. Mais, à part ces objections, le patronage des aliénés sortis guéris des asiles présente une autre difficulté sur laquelle M. Charpentier a insisté avec beaucoup de raison.

Si ces malheureux sont difficilement accueillis dans les ateliers, à leur sortie de l'asile, c'est en raison d'une défiance qui n'est pas sans fondement. Le convalescent d'un accès de folie ne

1. Charpentier, *Sur le patronage des aliénés sortis guéris des asiles* (*ibid.*, p. 138 et 150).

peut pas être considéré comme dans la même situation que le convalescent de toute autre maladie, qui, tout risque de contagion étant écarté, ne peut faire courir aucun danger; l'aliéné guéri, qui était déjà en général, un anormal avant son accès, reste souvent particulièrement excitable et sujet à des écarts de conduite ; son excitabilité, en outre du risque de rechute, n'est pas toujours exempte de danger. Ce danger, les institutions de patronage ne peuvent pas le laisser ignorer aux patrons chez lesquels ils placent leurs protégés, de sorte qu'elles rencontreront les mêmes difficultés que ces derniers livrés à eux-mêmes. Plusieurs médecins ont considéré un avertissement de cette nature comme une sorte de délation : je ne puis que répéter à ce propos que, lorsque le médecin traite d'une question d'intérêt général, son client, ce doit être le public et non ceux qui sont pour la communauté une source de dangers ; d'ailleurs, le convalescent qui acceptera le patronage aura connaissance des conditions dans lesquelles il doit s'exercer et devra s'y soumettre. Le plus de liberté possible, avec le plus de garanties possibles, tel doit être le prin-

cipe du patronage. Si tels assistés font courir plus de risques, il n'y a pas à se révolter s'ils sont soumis à des mesures de précautions spéciales: on peut citer un légiste qui ne serait pas effrayé de l'application de cette distinction à la répression des actes nuisibles des aliénés [1].

Si la difficulté du placement des aliénés guéris est inévitable, elle peut être atténuée par un mode particulier d'assistance qui constituerait une garantie pour les employeurs : c'est le patronage familial, c'est l'assistance dans les familles. Le séjour dans une famille de nourriciers habitués à ce genre d'assistance constituerait une sorte de stage pendant lequel les convalescents qui n'auraient pu être placés dès leur sortie de l'asile pourraient, en quelque sorte faire leurs preuves de sociabilité. Les intéressés pourraient trouver chez les nourriciers et dans leur entourage tous les renseignements qui les édifieraient sur l'employé qu'ils vont prendre. Il n'y a que des traités ayant pour bases la justice et la bonne foi qui puissent être à l'abri des récriminations. Dans le cas où des aliénés, sortis

1. Lord Bramwell. *Insanity and crime* (*the Nineteenth Century*, p. 893, déc. 1885.

d'un asile soi-disant guéris, sont placés dans une maison de convalescence commune à des malades sortis des hôpitaux ordinaires et patronnés sans distinction, ces bases me paraissent faire défaut. Le résultat de cette pratique peu franche est facile à prévoir. Lorsqu'un certain nombre de patrons auront reçu sans être prévenus, d'anciens aliénés qui leur auront fait courir des risques, ils refuseront indistinctement tous les individus qui se présenteront en sortant de la maison de convalescence commune.

L'utilité du patronage familial que je recommandais en 1890 pour les aliénés guéris et dépourvus a été prouvée par l'expérience à Berlin. C'est un fait que M. Sibbald signale avec raison comme digne d'attention au point de vue de l'assistance des aliénés guéris[1].

Le passage dans la colonie peut remplacer avantageusement l'asile de convalescence qui a été proposé par J. Morel[2].

1. J. Sibbald. *Lunacy administration in Berlin and Scotland, with special reference to the care of the insane in private dwellings* (*The journ. of mental science*, 1895, p. 206).

2. Morel, *Quel doit être le rôle du patronage envers les aliénés*, etc. (*Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, 1898, p. 113.

CHAPITRE XI

CONCLUSIONS

Cet exposé succinct et fort incomplet des conditions nécessaires au traitement des aliénés dans les familles, suffira pour faire comprendre que ce traitement ne peut être mis en pratique que dans des conditions exceptionnelles, et généralement à grands frais, sauf dans quelques formes bénignes qui peuvent être traitées dans le propre domicile du malade.

Les avantages économiques du système familial adapté aux aliénés pauvres ne peuvent être maintenus qu'à la condition que ce système ne soit appliqué qu'à des aliénés inoffensifs pouvant vivre de la vie commune, et n'ayant aucun bénéfice à tirer de soins plus éclairés.

Cette catégorie de malades est assez nombreuse dans les asiles, pour que l'application du système permette de réaliser des économies sérieuses, non seulement en diminuant les frais

d'entretien des malades, mais encore en permettant d'éviter la nécessité de la construction de nouveaux asiles.

L'éloignement de ces malades, qui ne tirent aucun profit de leur séjour dans les asiles, permettrait un emploi plus utile du temps du personnel médical et administratif.

Les conditions du traitement familial semblent pouvoir être améliorées par une éducation appropriée des gardes, qui devraient être munis d'instructions générales sur les soins essentiels réclamés par les aliénés. Dans les colonies indépendantes, la mortalité ne paraît pas plus élevée que dans les asiles[1].

L'exemple de l'Écosse montre que la principale condition du succès réside dans une inspection efficace.

Les malades inoffensifs ont leur sort amélioré par l'assistance familiale qui peut quelquefois rétablir leurs fonctions. La communauté y

1. A Lierneux la mortalité qui était de 12,45 p. 100 en 1888 est tombée à 10,88 en 1889, 10,58 en 1890, 6,77 en 1891. Si l'on veut remarquer qu'une des statistiques les plus favorables, celle de la mortalité des malades au-dessus de dix ans, faite pour les asiles d'Ecosse par M. A. Mitchell, donne 8,3 p. 100, on pourra reconnaître que la statistique de Lierneux n'est pas trop décourageante.

trouve son intérêt en raison de l'économie des frais de l'assistance. Les agents de l'assistance, les nourriciers voient un gain évident dans le prix des pensions ; il s'y ajoute par le travail de l'assisté valide. Les surveillants, médicaux ou administratifs, de l'assistance non seulement protègent la liberté et le bien-être des assistés mais ils se rendent utiles aux nourriciers en les éclairant sur les règles générales d'hygiène qu'ils doivent exiger.

Le Congrès tenu à Anvers en 1902, qui comptait parmi ses membres des aliénistes de tous les pays, acclama « le vœu que l'assistance familiale des aliénés soit appliquée sous toutes ses formes et dans la plus large mesure ».

DEUXIÈME PARTIE

SOINS GÉNÉRAUX AUX ALIÉNÉS DANS LES FAMILLES

CHAPITRE PREMIER

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DU TRAITEMENT DANS LES FAMILLES

Cette rapide revue de l'assistance des aliénés en Belgique, en Écosse, en Amérique, etc., nous montre que les aliénés pauvres peuvent être secourus dans les maisons privées, et que ce mode d'assistance convient surtout aux aliénés inoffensifs et incurables.

Le traitement dans les maisons privées est-il applicable aux malades curables ? Les statistiques de Gheel et du *boarding-out* en Écosse ne sont guère favorables, mais le petit nombre de guérisons tient en grande partie au choix des malades et à l'organisation de ces institutions qui, jusqu'à présent au moins, ne permettent pas une thérapeutique active.

La possibilité du traitement des aliénés dans les habitations privées est difficile à juger surtout en France où la plupart des auteurs, qui en ont traité incidement, sont des médecins attachés à des asiles publics ou privés et ont pu être influencés sinon par leurs intérêts au moins par leur éducation. En fait, ce mode de traitement est à peu près inusité, et il est proscrit par nos meilleurs maîtres. Il n'en est pas de même dans d'autres pays et particulièrement en Angleterre où, comme nous l'avons vu, plusieurs autorités recommandables se prononcent catégoriquement pour le traitement en dehors des asiles.

Je m'inspirerai de leur enseignement pour chercher à résoudre cette question du traitement privé.

Je ne fais que rappeler qu'un aliéné peut être traité dans trois conditions différentes : 1° dans sa propre maison ; 2° dans une maison privée mais avec des étrangers ; 3° dans un asile ; et je passe rapidement en revue les avantages et les inconvénients de ces trois modes de traitement.

Le traitement dans la propre maison est suivi avec avantage par un certain nombre de ma-

lades[1]. Mais il faut bien reconnaître que l'aliéné soigné dans sa maison ne se trouve pas en général dans des conditions favorables. Si les causes qui ont provoqué les troubles mentaux ont disparu, elles sont souvent au moins rappelées par les objets qui entourent le malade. Il reste entouré de ses parents ou de ses domestiques, sur lesquels il a conservé de l'influence ou de l'autorité, et qui sont généralement incapables de lui imposer la contrainte nécessaire. Il reçoit difficilement des conseils de ceux à qui il est habitué à doner des ordres. Il résulte de ces rapports des froissements pénibles bien propres à exaspérer le mal et à en prolonger la durée.

Quand on arrive auprès d'un aliéné ce n'est pas lui seul qu'il faut observer. Il est indispensable de savoir non seulement dans quelle mesure ceux qui l'entourent ont joué un rôle dans la production des troubles, dans quelle mesure ils désirent sa guérison et dans quelle mesure ils sont capables d'y contribuer.

Il faut ajouter d'ailleurs que les parents et

1. Newth, *Cases of insanity in general practice* (*The journ. of mental science*, 1892, p. 80).

les amis sont les plus mauvais gardiens que l'on puisse donner à un aliéné. parce qu'ils manquent de la fermeté nécessaire pour assurer la discipline et que leur intervention irrite le malade plus qu'aucune autre. Quelle que soit leur valeur intellectuelle et morale, les parents sont souvent sans aucune autorité : on est surpris de voir des malades céder à des personnes même grossières par le seul fait qu'elles sont étrangères. Cette remarque n'est pas d'ailleurs exclusive aux aliénés.

Il est peu de cas dans lesquels on puisse impunément manquer à la règle de l'isolement des aliénés. Or l'isolement dans une partie de l'habitation commune est à peu près impraticable.

Une autre considération qui n'est pas sans valeur et que le médecin de la famille ne doit pas perdre de vue : c'est que les veilles prolongées auprès d'un malade de ce genre, jointes aux préoccupations de l'affection et aux charges ordinaires de la vie, constituent un des procédés les plus propres à amener l'épuisement nerveux [1], principalement chez les sujets prédispo-

1. Weir Mitchell, *Doctor and patient*; Edinb., 1887, 2e éd.

sés. Ceux qui ont pris la tâche de soigner un parent aliéné dans leur maison sont bientôt incapables de subvenir aux nécessités de leurs propres fonctions : il n'est pas rare qu'un dévouement mal entendu entraîne la ruine intellectuelle et financière de toute une famille.

Le malade peut être placé dans une maison étrangère tout en restant sous la direction de sa famille qui l'a entouré de gardiens de son choix et étrangers à son service ordinaire. Il peut encore être recueilli dans une famille étrangère qui se charge à la fois de la surveillance et des soins. Enfin il peut être traité dans la maison particulière d'un médecin qui en accepte la charge. Ces deux derniers modes d'isolement peu ou point pratiqués en France, le sont davantage dans des pays voisins où ils rendent de grands services. Les personnes appartenant ou non à la profession médicale, qui désirent prendre soin d'aliénés, de quelque catégorie que ce soit, font connaître leurs dispositions aux médecins qui peuvent avoir besoin d'avoir recours à elles, et se mettent ainsi en rapport avec les familles intéressées.

Quel que soit le plan adopté, le médecin qui dirige le traitement doit avoir sinon le choix, du moins la direction du personnel qui entoure le malade. La famille doit être prévenue de la nécessité absolue d'un isolement effectif. Il est convenu que l'isolement ne doit pas se borner à l'interdiction des visites des amis ou des parents, mais que toute correspondance doit être aussi strictement prohibée. Pour être maître de prolonger autant qu'il est nécessaire les mesures disciplinaires qu'il a adoptées, le médecin doit toujours réserver le pronostic, et avertir les intéressés que les guérisons dans les maladies mentales ne s'effectuent pas à échéance fixe comme dans un certain nombre de maladies aiguës. Ces maladies sont sujettes à des alternatives de mieux et de pis ; leur durée est généralement longue ; il faut souvent compter par mois et non par jours ou par semaines.

Lorsque le traitement dans une maison privée est praticable, il présente plusieurs avantages qui ne sont pas à dédaigner. Le malade, entouré de personnes exclusivement appliquées à sa cure, peut être plus efficacement soigné que dans un asile où le personnel doit s'occuper de

malades nombreux. Il est plus efficacement maintenu par les convenances chez des étrangers, que chez les siens. Dans les familles qui les accueillent, les malades ne sont pas affligés par la vue d'autres aliénés qui les troublent, les effraient, dont le souvenir reste gravé dans leur esprit et les empêche d'oublier leur mal, même lorsqu'il est guéri. Ils peuvent plus facilement exercer par intervalle leur esprit et mieux résister à la déchéance intellectuelle. D'autre part, leur maladie peut plus facilement être tenue secrète, ce qui constitue pour eux un grand avantage pour l'avenir.

Enfin la famille reste plus maîtresse de surveiller le traitement, de prendre l'avis de qui a sa confiance et de veiller à son exécution : ce n'est pas que les avis ne puissent pas pénétrer dans les asiles ou les maisons de santé, mais ils y sont peut-être plus rarement suivis.

A ces avantages il faut opposer quelques inconvénients. Il est quelquefois difficile de se procurer un local convenable et surtout des gardiens sûrs pouvant se passer d'une surveillance constante. Les faits imprévus peuvent moins facilement que dans un asile être signa-

lés au médecin en temps utile. Les phénomènes d'excitation, les actes violents, les tentatives homicides, suicides, peuvent, moins aisément, être comprimés.

Dans les familles, la principale préoccupation est de dissimuler l'état mental du malade et de le tenir aussi calme que possible ; il en résulte qu'on a une grande tendance à le tenir confiné plutôt qu'à le faire vivre au grand air et à abuser des narcotiques en négligeant le traitement général ; on déprime lorsqu'il faudrait tonifier et on fait plus souvent preuve de zèle que de tact[1]. Ces tendances doivent être toujours présentes à l'esprit si on veut éviter de s'y laisser aller.

En outre, si le malade est resté en dehors de la tutelle administrative, sa fortune peut courir des dangers sérieux ; car dans les familles d'aliénés, il n'est pas rare de rencontrer d'autres tares : les intérêts des malades peuvent se trouver compromis aussi bien par ses proches que par des étrangers.

Lorsqu'on entre dans la maison d'un aliéné,

1. Yellowlees, *Notes on the treatment of insane patients in private practice* (*Brit. med. journ.*, 1871, t. II, p. 151).

il faut se représenter que l'on plonge dans un bouillon de culture où se développent concurremment la folie et la délinquance, il faut se tenir sur ses gardes aussi bien contre l'erreur que contre la fraude et s'en rapporter surtout à ses propres yeux.

Le traitement dans un asile est le seul qui convient aux aliénés extrêmement violents et dangereux, qui ont des impulsions suicides, homicides, incendiaires, les persécutés à la période de systématisation, ou encore à ceux qui montrent des perversions instinctives telles qu'ils sont une cause permanente de scandale. Les malades difficiles à conduire sont moins exposés à être maltraités dans les asiles où le personnel est en nombre pour leur résister et les contenir, que lorsqu'ils sont remis aux soins de gardiens insuffisants.

L'agitation des psychoses aiguës ou des épisodes aigus au cours des états chroniques (agitation maniaque, de mélancolie, de stupeur, de confusion hallucinatoire, de démence aiguë, les délires toxiques, des épileptiques, des paralytiques généraux, etc.) peut être calmée par le repos au lit continu ou interrompu pendant

quelques heures, mais nécessite une surveillance soigneuse[1].

Le changement de milieu qui peut être utile au cours du traitement de certaines *formes* d'aliénation, et qui a quelquefois été réalisé par le transport d'un asile dans un autre[2] peut être pratiqué avec la plus grande facilité dans le système familial.

Un des plus grands obstacles au traitement des aliénés dans les familles est la difficulté de trouver des gardes convenables[3].

1. P. Sérieux, *Le traitement des mélancoliques par le repos au lit* (*Revue de psychiâtrie*, 1897, p. 194). — A. Lacombe, *Contribution à l'étude du traitement des aliénés par le repos au lit*, th. 1898. — Pochon, *Etude sur le traitement des aliénés agités par le repos au lit*, th. 1899. — P. Meunier, *Mesures de quelques modifications physiologiques provoquées chez les aliénés par l'alitement thérapeutique*, th. 1900.

2. Urquhart, *The sixty sixth annual report of James Murray's Royal asylum*, 1893, p. 8.

3. Coe, *The care of the insane in private practice* (*Journ. of amer. med. assoc.*, 1897, p. 433).

CHAPITRE II

QUELS MALADES PEUVENT PROFITER DU TRAITEMENT FAMILIAL

En dehors des malades violents et dangereux auxquels il vient d'être fait allusion, on peut dire que la plupart des aliénés peuvent être traités dans des maisons privées, à condition qu'elles soient convenablement appropriées, et que la surveillance soit suffisante. Les malades les plus bruyants, les cas de manie aiguë peuvent même être traités dans ces conditions[1].

Les malades qui profitent le mieux du traitement dans les familles sont les aliénés guéris, mais conservant un certain degré d'affaiblissement mental : un milieu actif et intelligent les aide à recouvrer leur balance[2].

1. Fielding Blandford, *Clinical cases of insanity* (*Saint-George's Hosp. Rep.*, 1867, vol. II, p. 29).

2. F. B. Sanborn, *The test of curability, especially of the*

L'isolement en dehors d'un asile est particulièrement applicable aux troubles hystériformes qui sont caractérisés par des altérations affectives, un dégoût pour la discipline et les occupations ordinaires, pour l'alimentation. Ces troubles ordinairement curables lorsqu'ils sont développés sur un terrain nettement hystérique, ne nécessitent nullement la séquestration. On voit souvent un amaigrissement énorme disparaître en quelques jours avec les troubles psychiques qui l'accompagnent, lorsque l'alimentation a pu être imposée grâce au changement de milieu[1]. Dans toutes les affections hystériques, à forme paralytique, convulsive ou autres, dans l'étiologie desquelles l'imagination joue un rôle si important[2], l'isolement pur et simple constitue la clef de voûte de la cure.

Les obsédés bénéficient souvent de l'isolement[3] principalement lorsque ce sont des hys-

insane (*Proccedings of joint board of trustees of sttate asylums in Michigan*, 1898, p. 43).

1. Ch. Féré et F. Levillain, *Apepsie hystérique*, etc. (*Progrès médical*, 1883, p. 127).

2. Ch. Féré, *la Médecine d'imagination* (*Progrès médical*, 1884, n° 16, 1886, n°s 35, 36, 37).

3. Bellet. *Moyens de défense et psychothérapie dans les obsessions*, th. de Bordeaux, 1898, 77.

tériques plus aptes à subir l'influence du milieu ; mais pour eux l'isolement ne doit pas être fait dans la solitude, favorable à l'entretien de leurs idées.

A côté des vésanies hystériformes, il faut placer la neurasthénie ou épuisement nerveux dans l'étiologie duquel, à côté des traumatismes et des chocs nerveux, le surmenage sous toutes ses formes joue un rôle important. Cet état nerveux, bien décrit par Beard, qui s'accompagne souvent de troubles mentaux, caractérisés principalement par l'indécision, le doute sous toutes ses formes, une grande susceptibilité émotionnelle, est grandement justiciable de l'isolement dans lequel le régime conseillé par Weir Mitchell et Playfair devient surtout efficace[1].

« On s'imaginerait à tort, dit Guislain, que la séquestration dans une maison spéciale est rigoureusement exigée pour le traitement de tous les mélancoliques. Au contraire, je ne crains pas de le dire, on voit plus d'une fois l'état des malades s'aggraver malgré la bonne organisation de l'établissement. Il y existe souvent trop

1. Weir Mitchell, *Étude méthodique du traitement de la neurasthénie et de quelques formes d'hystérie ;* Paris, 1883.

de tumulte, on y rencontre trop d'impressions pénibles... D'ailleurs on ne saurait avoir pour lui des soins de tous les instants que lui prodigueraient dans d'autres circonstances, une épouse, un époux, un enfant, un ami, etc.[1] »

Les contre-indications du traitement des mélancoliques dans leur famille sont : 1° l'intensité des hallucinations et des impulsions ; 2° le refus des aliments ; 3° les tendances marquées au suicide[2].

Le traitement privé convient encore aux hypochondriaques. « Les résultats que j'ai observés du placement des hypocondriaques dans les asiles m'engagent plutôt à plaider contre cette mesure qu'en sa faveur, dit Griesinger[3] ».

Il peut être utilisé dans la plupart des formes tristes de l'aliénation[4].

1. Guislain, *Leçons orales sur les phrénopathies*, 2e éd. 1880, t. II, p. 72.

2. E. C. Seguin, *The treatment of mild cases of melancholia ot home* (*A Series of american clinical lectures*, t. II, 1876, p. 61).

3. Griesinger, *Traité des maladies mentales*, p. 534.

4. Brierre de Boismont, *De l'utilité de la vie de famille dans le traitement de l'aliénation mentale et plus spécialement de ses formes tristes* (*Ann. méd. psych.* 1866, t. VII, p. 40).

Mais il convient de se souvenir que même dans la mélancolie simple, les idées de suicide peuvent se manifester brusquement. Ce danger est particulièrement à craindre chez les sujets qui ont une prédisposition héréditaire. Il est fort important d'interroger avec soin les antécédents particulièrement au point de vue du suicide.

Les psycho-névroses infantiles peuvent aussi tirer le plus grand bénéfice de ce genre de traitement. Le séjour chez des étrangers bien pénétrés de leur rôle permet d'obtenir en même temps que des soins assidus une discipline réglée, bien difficile à obtenir dans la maison paternelle où le principal obstacle se trouve souvent dans l'inéluctable tendresse des parents. Bien souvent, comme le fait justement remarquer Weir Mitchell, la mère est plus difficile à mener que l'enfant; en se soumettant à ses moindres désirs, elle fait fréquemment d'une affection légère une maladie incurable.

Les imbéciles et les idiots trouvent dans les asiles spéciaux un personnel et un matériel plus appropriés au développement intellectuel dont ils sont capables et une émulation qui fait défaut

dans les maisons privées où ils ne peuvent se trouver en contact qu'avec des enfants bien développés qu'ils ne sauraient ni suivre ni imiter (Ireland, Langdon Down [1]). Le traitement dans l'isolement familial a pourtant pour ces sujets l'avantage de les préserver de la contagion des habitudes vicieuses et de permettre une surveillance plus efficace à cet égard. Il ne faut pas perdre de vue que les imbéciles les plus calmes en apparence, sont toujours sujets à des raptus inattendus dont le danger nécessite une surveillance constante [2]. — Enfin ce traitement peut convenir aux idiots absolument inéducables. Il est particulièrement applicable aux déments séniles [3].

Les épileptiques à accès peu fréquents et sans impulsions dangereuses peuvent aussi profiter de l'isolement dans les habitations privées.

La législature de New-York s'est proposée dans un bill du 29 janvier 1891 de réaliser la

1. Langdon Down, *On some of the mental affections of childhood and youth;* 1887, p. 132.

2. A.-R. Douglas, *The improvable imbecile : his training and future* (*The journ. of mental sc.*, 1899, XLV, p. 1).

3. Stanley Haynes, *On domestic treatment of insanity* (*The practitionner*, 1875, t. XV, p. 328).

fondation d'une colonie pour les épileptiques[1].

Les différentes formes d'apathie ou de confusion mentale, celles qui surviennent à la suite des maladies infectieuses, dans la puerpéralité, etc., sont très aptes à être soignées dans les maisons privées.

Bien que les maniaques soient particulièrement difficiles à ménager on ne peut pas dire qu'ils doivent être exclus du traitement en dehors des asiles. « L'influence d'un établissement, dit Guislain, ne convient pas à tous les maniaques indistinctement. Il est des exceptions qu'il ne faut pas perdre de vue. La solitude des nuits, les causeries, les cris, les clameurs des autres malades, l'indifférence des gardiens peuvent sans doute donner lieu à plus d'un obstacle[2] ».

Campbell Clark admet que les cas de manie aiguë sont traités avec plus de succès dans les maisons privées que les cas de mélancolie[3].

Les folies toxiques et celles qui se développent

1. *Medical record*, N. Y., 1891, t. XXXIX, p. 304.

2. *Loc. cit.*, p. 126, t. II.

3. Campbell Clark, *Clinical manual of mental diseases*, 1897, p. 82.

dans des conditions spéciales comme la puerpéralité [1], ont beaucoup de chance de ne pas se reproduire si l'on peut éloigner les circonstances étiologiques qui les ont provoquées ; elles mériteraient particulièrement d'être traitées en dehors des asiles, pour éviter la publicité, et le souvenir d'un accident passager. L'avantage est surtout bien marqué dans le cas de folie puerpérale ; car dans un cas particulier, il y a au moins deux intéressés ; mais on ne doit jamais oublier les dangers que les impulsions peuvent faire courir à l'enfant. Lorsqu'un individu a été séquestré dans un asile, il ne peut avoir aucun doute sur sa maladie, tandis que s'il a été traité dans une habitation privée on peut plus facilement la lui dissimuler. Notons toutefois que si le médecin doit aider le malade à dissimuler sa tare, il n'en reste pas moins hors de doute que l'intérêt social impose une surveillance étroite des aliénés, aussi bien de ceux qui sont traités dans les domiciles privés que de ceux qui sont séquestrés dans les asiles privés ou publics.

1. M. L. Gray, *The proceedings of the medical society of the county of Kings. Aug.*, 1880.

Pendant la convalescence, l'idée qu'il est dans un asile ou dans une maison de santé peut causer au malade une dépression préjudiciable : Le traitement familial lui sera souvent favorable.

Chez les aliénés qui ont une tendance à l'exaltation de la personnalité, le traitement individuel peut l'exagérer ; une discipline commune est souvent préférable pour eux.

Les malades qui sont le plus souvent impropres au traitement dans les familles sont d'une façon générale les impulsifs, les persécutés, principalement lorsqu'ils sont arrivés à la période de systématisation, les suicides, les homicides, les dipsomanes[1].

Cependant les idées de suicide dans les mélancolies de misère (Lasègue) peuvent s'atténuer ou disparaître par le traitement familial[2].

1. Stedman, *Un selection of cases of inssanity for different methode of private care* (*Amer. journ. of th. med. sc.*, 1891, april, p. 362).

2. A. Marie, *Rapport sur le service des aliénés du département de la Seine pendant l'année* 1897.

CHAPITRE III

DU CHOIX DE L'HABITATION

LES RAPPORTS DU PHYSIQUE ET DU MORAL ET LES INDICATIONS GÉNÉRALES DE L'HYGIÈNE DES ALIÉNÉS

Ceux qui ont la charge d'un aliéné doivent savoir qu'un trouble mental est toujours lié à un trouble organique, et ne pas perdre de vue que si à l'état de santé les conditions organiques et les influences extérieures sont capables d'agir sur l'état mental, il en est de même chez les aliénés.

Toutes les maladies corporelles agissent sur la santé de l'esprit; tous ceux qui souffrent sont irritables et jugent pour le pire les personnes et les choses qui les entourent. Un accès de goutte, la constipation, la surcharge de l'estomac, le défaut de nourriture, le séjour dans une atmosphère d'air confiné, le froid, la chaleur extrême, la malpropreté de nos vêtements ou de l'appartement, le manque de confortable en général

influent de la même manière sur nos sentiments. Les aliénés sont influencés de même et plus vivement parce qu'ils sont plus faibles et plus irritables.

Leur santé physique et toutes les conditions de l'environnement qui sont susceptibles de l'influencer doivent être l'objet de la constante préoccupation de ceux qui veillent sur eux.

L'habitation, les vêtements, les soins du corps, l'alimentation, doivent être également l'objet de la sollicitude de ceux qui en ont la charge.

Les impressions des sens agissent même sans l'intervention de la conscience sur les fonctions somatiques. Il faut le considérer vis-à-vis des aliénés comme si tout ce qui les entoure était capable de les impressionner, c'est ce qui se produit en effet dans certaine mesure.

L'habitation et son ameublement doivent avoir autant que possible un aspect riant, tenu avec une propreté et un ordre irréprochables.

Les repas doivent être préparés et servis de telle façon qu'il excitent, autant que possible, les désirs. Cette sorte de suggestion est souvent plus active qu'on ne saurait croire. Toutes les

négligences peuvent avoir pour effet d'abaisser le sens émotionnel du malade, et par conséquent d'empirer son état.

Les soins corporels ne sont pas moins importants.

Le traitement familial est déjà, comme on le voit, sujet à quelques réserves relatives aux convenances générales et aux difficultés du choix des malades qui courent des risques de différente nature. Mais ces difficultés ne sont pas les seules, il s'en rencontre dans le choix du local et des garde-malades.

Le choix du local mérite la plus grande attention et est nécessairement influencé par la forme du trouble mental et des accidents concomitants que présente le malade.

Quelle que soit l'exubérance de la manifestation, la folie est toujours caractérisée par un défaut mental qui n'est que la traduction extérieure d'un défaut de la nutrition. Il est donc particulièrement nécessaire que tout malade de cette catégorie soit placé dans des conditions d'hygiène générale irréprochables. Quelle que soit la forme de sa psychose, son habitation doit être située de telle sorte qu'il puisse vivre autant

que possible au grand air, faire de l'exercice à pied. Le repos de l'esprit étant le principal moyen de réparation du déficit, on doit veiller à ce que le sommeil ne soit pas troublé par aucun voisinage bruyant. « Le plus sûr remède aux maux de la vie civilisée, dit Weir Mitchell, doit être trouvé dans quelque forme de retour à la barbarie[1] ». Plus les tourments de la vie urbaine ont joué un rôle évident dans la production des troubles mentaux, plus il est nécessaire de le reléguer loin du bruit et de tout ce qui peut lui rappeler le genre de vie qui a compromis sa santé psychique.

On doit se préoccuper du voisinage si le malade a des tendances au suicide, s'il est sujet à des attaques convulsives, s'il est disposé à faire des fugues.

L'habitation elle-même doit être convenablement installée au point de vue de la ventilation, de l'éclairage, du chauffage, et ne présenter aucun vice de construction qui constitue un danger pour les malades ou une difficulté pour la surveillance.

1. *Camp Cure*; Philad., 1877, p. 45.

L'importance de la disposition du local avait déjà frappé l'attention des premiers médecins qui se sont occupés du traitement des aliénés. Arétée recommandait que la chambre fût d'une grandeur suffisante et que les murailles unies, parallèles et sans saillies ne soient pas ornées d'images qui puissent frapper l'imagination du malade ; et Cœlius Aurilianus prescrivait des dispositions qui permissent de régler l'éclairage.

Les fenêtres doivent être pourvues de volets pour que l'on puisse supprimer la lumière au besoin ; l'obscurité permet souvent de calmer l'agitation la plus violente.

Autant que possible, les malades doivent être placés au rez-de-chaussée tout en évitant l'humidité.

Lorsqu'il est sujet à des accès d'agitation, il est préférable qu'il ait deux pièces à son usage ; l'une sans meuble où il n'ait rien à détruire et l'autre plus riante où il puisse se plaire dans ses moments de calme.

Le sol doit être muni d'un pavement à la fois sec, facile à nettoyer et mauvais conducteur de la chaleur ; les comprimés de sciure de bois

et le ciment (xylolithe) réunissent tous ces avantages[1].

Lorsque les malades ont quelque propension au suicide, l'aménagement mérite une attention spéciale, la fermeture des fenêtres doit être convenablement assurée. Il faut supprimer tout ce qui pourrait servir au malade à se pendre, proscrire les cordons de tirage des tentures, les tapis de corde, etc.

Certains malades guérissent sous l'influence d'un changement d'asile[2], il peut donc être utile de changer d'habitation principalement si on remarque quelque cause locale d'irritation.

Le voisinage de la mer est en général peu propice aux névropathes qu'il excite, et particulièrement aux aliénés qui, quelquefois, en sont affectés d'une manière saisissante[3].

1. Ch. Féré, *Le nouvel asile d'aliénés du canton de Berne à Münsingen* (*Progrès médical*, 1897, 3e série, t. V, p. 199).

2. Fielding Blandford, *On recurrent Insanity* (*Saint-George's hosp. rep.*, 1870, vol. V, p. 111). — A. R. Urquhart, *On the favourables results of transference of insane patients from one asylum to another* (*The journ. of mental sc.*, 1901, p. 702).

3. Sankey, *Lectures on mental diseases*, 2e édit., 1884, p. 394.

CHAPITRE IV

DES GARDES-MALADES

J'ai déjà relevé le danger du séjour de l'aliéné dans sa propre famille, au point de vue de la santé physique et mentale de ceux de ses proches qui continuent à vivre avec lui et qui le soignent. Le même danger subsiste pour les parents ou pour les amis du malade s'ils le soignent dans une maison étrangère.

« J'ai cité ailleurs, dit Weir Mitchell, la phrase tranchante de Wendell Holmes, dans laquelle il décrit un malade chronique comme un vampire suçant le sang des personnes valides de la maison ; et bien que les mots soient durs, ils ne font que décrire brièvement ce qui arrive réellement dans beaucoup de familles[1]. » Cette réflexion s'applique particulièrement aux alié-

1. Weir Mitchell, *Nurse and patient* ; New-York, 1877, p. 31. — E. Tardieu, *Psychologie du malade* (*Revue philos.*, 1898, XLV, p. 561).

nés. Le même auteur ajoute plus loin : « En tout cas on doit choisir un « attendant » soigneux et attentionné, qui, autant que possible, ne doit jamais être un parent ou un ami du malade. La raison de cette recommandation est absurdement claire pour un médecin, et je vais la dire en quelques mots. Un étranger a sur ces malades une autorité que ne saurait avoir un parent, et sans se laisser émouvoir par une trop grande sympathie ou par l'émotion, il est beaucoup plus capable d'exécuter avec discrétion et fermeté les mesures nécessaires. D'ailleurs, le traitement moral exige généralement un isolement plus ou moins complet; et il est imprudent, et on doit éviter, d'exposer d'autres individus du même sang et peut-être de même prédisposition aux émotions et aux états d'esprit qu'un confinement étroit avec ceux qu'ils aiment, mais dont l'intelligence est pour le moment dérangée, leur apporterait sûrement. Comme d'autres médecins qui ont affaire aux maladies nerveuses, j'ai été souvent appelé à constater les ravages qu'une telle tâche avait faite sur l'esprit et le corps. En vérité, je puis dire que rien n'est plus capable de détruire

la santé d'une jeune personne que de soigner un aliéné, surtout si elle est sa parente. Dans ce cas, plus que dans aucun autre, se montrent sous leur plus mauvaise forme, tous les maux que peut produire sur elle la garde d'un malade ; c'est une épreuve très dure pour sa santé physique ou morale. Plus grande est l'affection qu'elle ressent pour le patient, plus grands aussi sont les efforts qu'elle doit faire, et moins sage est, pour tous les deux, l'épreuve. La surveillance incessante, l'attente ennuyeuse de ces maladies, les plus tristes et les plus incertaines de toutes, les terreurs de tout ce qui peut arriver dans un désordre si mobile, les alternatives d'espérance et de crainte, l'anxiété de la lutte avec l'obstination et les opinions maladives que l'on combat sans chance de succès, se combinent pour le tourment de l'ami qui s'est fait garde-malade. Un étroit confinement, des efforts généralement infructueux pour dissimuler la nature du cas, et l'horreur morbide créée par la maladie, tout s'unit pour rendre une telle garde tristement dangereuse pour les proches. En fait, personne ne devrait être soumis à une telle épreuve ; et s'il est

impossible de créer pour un cas de folie, un asile dans la maison, avec un garde-malade payé, il vaut mieux placer le malade aussitôt que possible dans un hôpital bien organisé. »

Parmi les inconvénients de la garde des névropathes par leurs parents, il ne faut pas oublier le danger de la contagion qui est réel chez les sujets prédisposés[1]. Il ne faut pas croire que ce danger soit exclusif aux femmes, le sexe fort peut y être exposé. Parmi les cas les plus curieux de ce genre, on peut signaler les faits de Weir Mitchell, de maris de femmes enceintes, parmi lesquels un médecin, atteints des vomissements incoercibles[2]. En ce qui concerne l'aliénation mentale proprement dite. Ce sont surtout les faibles d'esprit qui sont sujets à la contagion : ce sont pour ainsi dire exclusivement les individus appartenant à cette catégorie qui sont exposés à la *folie à deux* ou *folie multiple* ou *folie communiquée.*

Ce ne sont pas seulement les tourments

1. Morel, *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 244. — D. Brunet, *Contagion de la folie* (*Ann. méd.. psych.*, 1875, 4e série, t. XIV, p. 337).

2. Ch. Féré, *L'instinct sexuel, évolution et dissolution*, 2e éd. 1902, p. 89 (Paris, F. Alcan).

moraux qui peuvent mettre en évidence les prédispositions morbiles, le surcroît de travail physique peut avoir des conséquences aussi désastreuses ; une femme de quarante-neuf ans après avoir soigné pendant cinq ans son mari paralytique général et l'avoir suppléé dans les travaux manuels de son magasin fut atteinte d'atrophie musculaire progressive.

Comme le fait bien remarquer M. East[1], l'heureuse terminaison de la maladie dépend en grande partie de l'influence que les infirmiers peuvent acquérir sur le patient ; mais si, comme il le dit, il est facile en Angleterre de trouver des gardiens capables d'apprécier les difficultés du cas et les particularités de chaque malade et de le traiter à la fois avec tact et patience, avec douceur et fermeté ; cette bonne fortune paraît moins aisée à rencontrer chez nous. Les infirmiers spécialement stylés pour les soins à donner aux aliénés n'ont guère pu faire leur apprentissage que dans les asiles ou dans les maisons de santé ; mais on ne peut pas dire que ce sont les meilleurs qui les quittent.

1. East, *On private treatment of the insane, as single patients ;* London, 1886, p. 18.

Cette rareté des bons « attendants » de l'un et l'autre sexe tient probablement aux rares circonstances dans lesquelles ils ont l'occasion de s'exercer et ne peut que nous engager à bien établir les conditions qu'ils doivent remplir, et que doivent remplir les membres de toute famille qui accepte la charge d'un aliéné.

Thurnam [1] nous apprend que dès 1842 on avait fait imprimer à la Retraite d'York des « Instructions aux infirmiers » où on trouve des recommandations intéressantes. L'infirmier ne doit pas perdre de vue qu'il a en grande partie la responsabilité du bien-être et de la sécurité du malade ; qu'il ne doive par se considirer comme leurs maîtres, mais comme leurs serviteurs, les traiter avec la plus grande douceur, ne pas se souvenir de leurs injures, les respecter en toutes circonstances ne pas encourager l'expression de leurs idées délirantes, ne les combattre et avoir toujours présente à l'esprit l'idée qu'il s'agit de malades.

La surveillance et les soins à donner à un aliéné constituent une tâche ardue et pénible

1. J. Thurnam, *Obs. and essays on the statistics of insanity* (*The statistics of the Retreat*, p. 42, 1845).

et bien propre dans beaucoup de cas à épuiser rapidement la force d'un seul individu ; et Pieraccini[1] fait remarquer avec raison qu'elle est plus dure dans une maison privée que dans un asile. Or, on ne peut utilement remplir cette tâche qu'à la condition d'être bien portant, vigoureux, de caractère égal, toujours ferme et sans indécision : la moindre défaillance, le moindre oubli peuvent entraîner des conséquences graves. Il devient donc souvent nécessaire de changer l'infirmier qui fléchit sous le poids du fardeau qui lui est imposé. Lorsque l'infirmier a déjà pris une certaine connaissance du malade, a de l'ascendant sur lui et remplit convenablement sa tâche, il est préférable, plutôt que de le remplacer purement et simplement, de lui adjoindre une autre personne qui le seconde en lui permettant de prendre le repos nécessaire. Autant que possible ces assistants, quel que soit leur nombre, doivent être liés par une subordination marquée à l'infirmier principal, pour assurer l'unité de la direction de la discipline. Le malade doit toujours

1. A. Pieraccini, *L'assistenza dei Pazzi nel manicomio e nella famiglia*; Milano, 1901, p. 242.

sentir cette unité de direction, il faut par conséquent éloigner tout assistant qui tendrait à gagner sa sympathie et discréditerait l'autorité du gardien principal et du médecin.

Les malades affectés de dérangements de l'esprit doivent toujours avoir sous les yeux le spectacle de la discipline et de l'ordre le plus rigoureux. Ceux qui en ont la charge doivent toujours avoir une tenue exemplaire et surtout une grande propreté sur leur personne.

Le nom d'infirmier est assez impropre pour désigner la personne chargée du soin d'un aliéné. Il doit s'occuper non seulement de veiller aux soins de propreté, à l'alimentation, à l'administration des remèdes, mais encore aux exercices physiques, ou aux délassements intellectuels qui peuvent être permis au malade : c'est en quelque sorte un compagnon officieux. Il y a donc avantage à ce qu'il soit pourvu d'une éducation convenable et en rapport autant que possible avec celle de son pupille. La tenue et la propreté doivent toujours être irréprochables. Un certain nombre de femmes qui ont eu des revers de fortune dans lesquels elles ont joué un rôle purement passif, et ont accepté fran-

chement leur situation, sont particulièrement aptes à tenir ce rôle. Les hommes de la même catégorie ne sont pas utilisables au même titre, parce qu'ils acceptent avec moins de résignation leur nouvelle position, et sont plus préoccupés de leur relèvement; et surtout parce qu'ayant joué un rôle plus actif dans leur détresse, ils ont généralement des travers incompatibles avec les exigences multiples de ces fonctions. En général, il est préférable que les malades soient soignés par des personnes du même sexe; toutefois les femmes peuvent avec avantage soigner les hommes, sauf le cas où ils sont sans aucune retenue, violents, et difficiles à ménager. Avant tout, il faut une personne vigoureuse, de bonne volonté, et prête à accepter la direction du médecin qui a la charge du traitement.

L'infirmier comme le médecin ne doit pas oublier que si l'on est trop souvent obligé de se résigner à l'incurabilité, elle n'est pas fatale, sauf le cas de démence : la guérison peut se produire même après 10, 12, 20 ans[1] : on doit

1. Spurzheim, *Observations sur la folie*, 1818, p. 258. — Pope, *Recovery from chronic insanity* (*Journ. of mental sc.*,

donc agir en toute circonstance comme si le salut du malade dépendait des soins qu'on lui donne.

On doit agir de telle sorte que le malade soit convaincu qu'on ne poursuit qu'un but, son bien-être et sa guérison. Il faut savoir obtenir la discipline sans violence et en évitant de blesser son amour-propre : il ne faut pas lui dire : *il faut*, *vous devez faire*, etc. ; mais, *il serait mieux de faire*, etc. On ne doit jamais se laisser aller à échanger des mots aigres avec un malade et encore moins se laisser emporter par la colère. Les aliénés ont besoin de sécurité et de confiance, les craintes qu'ils confessent sont plus facilement soulagées. Il ne faut pas perdre de vue que la conservation du souvenir des événements qui se sont passés pendant l'attaque est le meilleur signe de la guérison.

janv. 1889, p. 542). — Rousseau, *Les guérisons tardives chez les aliénés* (*Encéphale*,1882, p. 446). — A. Giraud, *Contrib. à l'ét. des guérisons tardives* (*Ann. méd. psych.*, 1883, t. I, p. 68). — Sizaret, *Obs. d'un cas de guérison après huit ans de séjour à l'asile* (*Ibid*, p. 101). — David, *Des guérisons tardives de la folie*, th. Nancy, 1896.

CHAPITRE V

NOTIONS INDISPENSABLES AUX PERSONNES CHARGÉES DU SOIN DES ALIÉNÉS

Les personnes qui acceptent la tâche de veiller et de soigner un aliéné doivent savoir qu'elles assument une lourde tâche et qu'autant au point de vue de la famille qu'au point de vue de la société, elles sont moralement responsables des actes nuisibles à lui-même et aux autres qu'il pourrait commettre.

M. Mills[1] fait remarquer avec juste raison que si quelques connaissances en anatomie, en physiologie et en pathologie du système nerveux peuvent être utiles aux personnes qui se destinent à soigner les aliénés, elles ne leur sont pas indispensables. Les connaissances incomplètes qu'elles peuvent avoir sont quelquefois plus nuisibles qu'utiles. Ce qu'elles doivent

1. Ch.-K. Mills, *The nursing and care of the nervous and the insane*; Edinburgh, 1887, p. 107.

savoir tout d'abord, c'est que leur affaire n'est ni le diagnostic ni le traitement de la maladie, mais seulement l'application des décisions du médecin sous la direction duquel elles sont placées, et auquel elles ne doivent rien cacher de ce qu'elles peuvent observer.

Les infirmiers et les infirmières des asiles qui sont sous la surveillance constante des médecins peuvent surtout se borner à des notions générales. Les personnes qui doivent veiller sur des aliénés, en dehors de l'assistance permanente d'un médecin, doivent posséder des connaissances plus étendues.

Il faut qu'elles sachent que les mélancoliques sont quelquefois sujets à des accès d'excitation et qu'il ne faut pas se fier absolument à leur quiétude apparente, qu'ils ont quelquefois des tendances au suicide, à se laisser mourir de faim ; que les mélancoliques les plus stupides en apparence n'échappent pas à la possibilité de ces accidents, et que malgré leur indifférence absolue, ils sont capables de voir, d'entendre ce qui se passe autour d'eux et de s'en souvenir après leurs accès ; que les maniaques ont souvent des

impulsions homicides ou destructives ; que les délirants systématiques sont capables de dissimuler pour un temps leurs idées fausses ; que les déments sont fréquemment malpropres et qu'il faut incessamment les surveiller ; que les épileptiques ont des changements fréquents et brusques d'allures et sont sujets à des accès d'excitation brusques et dangereux, que les hystériques ont une grande tendance à tromper, à simuler des tentatives de suicide, etc.

Les infirmiers et les infirmières ne peuvent pas renseigner utilement les médecins s'ils n'ont quelques connaissances générales des symptômes les plus communs des psychoses. Il suffit de passer en revue les principaux.

Les perversions sensorielles et psychiques doivent leur être connues au moins assez pour qu'il leur soit possible de les reconnaître et de les signaler. Ils doivent savoir par exemple que l'illusion est une sensation erronée provoquée par un objet réel qui se trouve défiguré dans l'esprit du malade : le sujet en proie aux illusions croit reconnaître des personnes dans des objets inertes, voit des caravanes dans les nuages, entend des paroles dans le bruit du feuillage, etc.

L'illusion diffère de l'hallucination qui est une sensation née par le seul fait d'un trouble cérébral sans être provoquée par un objet extérieur : le sujet voit des flammes dans le ciel parfaitement pur, il entend des injures dans le silence absolu, il sent de mauvaises odeurs là où il n'y a aucune substance odorante, etc.

L'illusion et l'hallucination, qui sont des éléments des rêves ordinaires, peuvent se produire chez des gens parfaitement sains d'esprit. La folie commence avec la croyance à la sensation fausse (délusion des Anglais), croyance qui sert bientôt de fondement à des interprétations fausses, à des délusions, à des idées fixes, à des obsessions. Le malade n'exprime pas toujours ses idées fausses, ses préoccupations délirantes ; mais même lorsqu'il reste muet, sans regard, ses attitudes, les mouvements de ses lèvres, l'expression de sa physionomie trahissent le travail de son esprit ; et tous ces mouvements doivent être observés avec soin par les personnes qui vivent habituellement avec l'aliéné, dont les idées sont souvent interrompues ou dissimulées lorsque survient un étranger et en particulier le médecin.

Les idées fausses des aliénés s'enchaînent souvent avec une certaine logique que l'on peut suivre si l'on admet leur point de départ : d'autres fois ils passent d'un sujet à un autre avec une rapidité extraordinaire, c'est de l'incohérence.

Dans la démence paralytique, ces conceptions délirantes prennent souvent un caractère particulier d'absurdité et de satisfaction naïve.

Les pertes de mémoire, son affaiblissement, ses altérations doivent être notées. Il en est de même des troubles de la conscience.

D'ailleurs, il appartient au médecin, dans chaque cas particulier, de signaler aux gardes-malades les accidents possibles et la marche probable des événement, et d'éveiller leur attention sur les troubles dont il faut rechercher l'existence.

D'une manière générale les infirmiers doivent savoir que les aliénés sont des individus défectueux, autant au point de vue physique qu'au point de vue intellectuel, et qu'à de rares exceptions près, ils sont beaucoup moins vigoureux que leurs démonstrations ne pourraient le faire croire. Ils doivent donc se conduire envers eux

avec fermeté mais sans violence. Ils ne doivent pas ignorer que ces malades, dont la nutrition est toujours défectueuse, résistent moins aux traumatismes que des individus sains, qu'ils sont plus sujets aux extravasions sanguines particulièrement dans certaines régions, aux oreilles par exemple où un choc léger peut déterminer l'apparition de volumineuses tumeurs sanguines, que leurs os mêmes présentent quelquefois une fragilité extrême, et que la torsion brusque d'un membre peut amener une fracture. Les paralytiques généraux sont surtout sujets à ces accidents ; les déments séniles offrent souvent aussi une fragilité extraordinaire des côtes qui peuvent s'enfoncer sous une très faible pression, Lorsque les malades de cette catégorie sont tenus au lit, les parties de la peau qui supportent les plus fortes pressions sont facilement atteintes de gangrène ; il faut y prêter attention et les visiter chaque jour.

On peut dire que tous les aliénés ont une circulation défectueuse ; sauf quelques maniaques, ils ont une tendance au refroidissement, et à cet égard, ils doivent être surveillés avec le plus grand soin.

D'autre part, les maladies inflammatoires évoluent souvent chez eux d'une manière insidieuse ; il est donc nécessaire de prêter attention au moindre trouble, en particulier aux plus légers signes d'irritation des voies respiratoires. Un certain nombre d'aliénés marchent avec des fluxions de poitrine, des pleurésies que l'on pourrait méconnaître jusqu'à la mort, si on négligeait de les examiner avec soin.

Les aliénés en général ont une sensibilité obtuse ou altérée ; il faut donc surveiller les applications externes auxquelles ils peuvent être soumis, les vésicatoires, les sinapismes, les bains de pieds sinapisés ou chauds, l'emploi de l'eau froide ou de la chaleur, des courants continus, etc.

L'infirmier ou l'infirmière doivent être tenus au courant des idées fausses, prédominantes ou même occasionnelles, du malade : ce n'est que cette connaissance qui peut les mettre en garde contre les tentatives de destruction, d'homicide, de suicide, de mutilation, etc. Lorsque l'on a à craindre des tentatives de ce genre, il faut exercer une surveillance spéciale sur les couteaux, les ciseaux et autres instruments dan-

gereux dont on devra toujours connaître le nombre et la place, sur les médicaments toxiques qui devront toujours être tenus sous clefs, etc.

Il est rare que les individus soignés dans des habitations privées soient dans des conditions qui puissent permettre de supposer la simulation ; mais les aliénés sont capables de simulation de troubles étrangers à leur maladie, pour détourner l'attention et déjouer la surveillance dont ils sont l'objet, pour exciter l'intérêt de leur entourage. Lorsqu'on a surpris la simulation chez un malade, il ne faut pas se laisser aller à un scepticisme absolu ; il peut arriver, particulièrement chez les hystériques, qu'une simulation de suicide soit suivie à courte échéance d'une tentative sincère.

Les aliénés, en général, ont perdu le souci de leur aspect extérieur ; livrés à eux-mêmes, ils ont une tendance à ne prendre aucun soin de propreté et à se laisser aller à la plus grande négligence dans leur tenue. Les conseils et la contrainte sont souvent impuissants à lutter contre cette tendance qui n'est pas seulement

regrettable au point de vue de la forme, mais qui est déplorable au point de vue de l'hygiène.

Il est donc important que ces malades aient toujours sous les yeux l'exemple de l'ordre et de la propreté la plus scrupuleuse. Il faut remarquer d'ailleurs que les aliénés, négligents pour eux-mêmes, n'ont pas perdu tout jugement relativement aux convenances. Souvent ils apprécient parfaitement ce qui manque à ceux qui les entourent et qui peuvent facilement devenir pour eux un objet de mépris. Les personnes chargées de la direction d'un aliéné ne peuvent maintenir leur autorité sur lui qu'à condition d'avoir une tenue parfaite, une propreté et un ordre irréprochables.

Les soins de propreté ne doivent pas seulement viser l'extérieur ; elle doit aussi viser les aliments et tous les ustensiles qui servent à l'alimentation et les médicaments. Les aliments sont d'autant mieux acceptés qu'ils sont présentés d'une manière plus agréable. Les médicaments dont l'usage est prolongé finissent souvent par répugner au malade par son seul goût, mais la répugnance peut être augmentée par la malpropreté des flacons, par les

moisissures développées à leur intérieur, etc.

L'aliéné n'est pas moins relâché dans sa discipline morale et intellectuelle que dans sa tenue et son vêtement ; il a besoin encore à cet égard de n'avoir que de bons exemples sous les yeux. Les personnes qui vivent avec lui doivent éviter tout écart de langage ou toute démonstration excessive ; elles doivent conserver leur calme en face des objurgations, des injures ou des menaces. Revenus de leur excitation, les malades se rendent compte des moindres défauts de tact que l'on peut avoir montré à leur égard, et on n'arrive pas à ressaisir l'autorité qu'on a perdue. Si certains stratagèmes peuvent se trouver justifiés dans quelques circonstances, en général les malades ne doivent pas être trompés ; le moindre mensonge peut compromettre la meilleure discipline. Les aliénés sont plus difficilement dupés qu'on ne pense ; ils n'ont que trop de tendance à la simulation et à la dissimulation ; leur en donner l'exemple ne peut qu'être nuisible. Autant que possible, il ne faut pas les leurrer par des promesses.

Si l'on peut quelquefois plaisanter les malades sur leurs idées fausses, il serait blâmable d'in-

sister sur leurs ridicules, et tout autant de les encourager dans leur délire. On ne doit jamais se relâcher des convenances qui sont dues aux malades, et il faut avoir présent à l'esprit que le malade d'aujourd'hui peut être demain parfaitement sain d'esprit, èt reprendre sa place dans la société. Les confessions de quelques aliénés après la guérison [1] montrent assez qu'ils peuvent se souvenir.

Le repos de l'esprit étant une des premières conditions du traitement des troubles mentaux, l'infirmier ou l'infirmière doit éviter de parler trop ; il est surtout nécessaire de ne pas s'entretenir devant le malade, soit avec le médecin, soit avec toute autre personne de la nature de la maladie, de sa marche probable. Il faut particulièrement éviter de prononcer le nom d'hystérie dans lequel beaucoup de malades verraient une sanglante injure. Malgré leur inattention apparente, les malades comprennent parfaitement ce qui se dit, peuvent s'en préoccuper, et en faire le point de départ d'idées de suspicion, de vengeance, etc. Les infirmiers et infirmières

1. L. Forbes Winslow, *Mad humanity its forms, apparent and obscure*, 1898, p. 293.

doivent encore se garder de parler de leurs malades avec les étrangers, de révéler leurs noms, les particularités de leur maladie. Il est plus nuisible qu'utile, dit Mills, d'essayer de corriger une infirmière constitutionnellement bavarde ; aussi le mieux est de se passer de son concours.

L'infirmier ou l'infirmière, de même qu'il ne doivent pas se laisser aller à une tenue négligée, ne doivent pas exagérer les soins qu'ils prennent de leurs personnes au point de frapper l'attention et d'irriter leur malade. De même qu'ils doivent éviter de prendre des allures arrogantes, ils ne doivent pas non plus manquer de dignité, ils doivent particulièrement éviter les rapports familiers avec les domestiques dont ils doivent toujours se faire distinguer.

La guérison se reconnaît non seulement à la disparition des troubles psychopathiques, délire, hallucinations, impulsions, etc., mais surtout au retour de la mémoire et des sentiments affectifs à la conscience du trouble disparu, à la restauration des fonctions physiologiques caractérisée par le retour de la physionomie et

de l'habitus, par le retour du sommeil et de l'appétit.

Il ne faut pas perdre de vue qu'un aliéné peut toujours être atteint de propensions à nuire aux autres ou à se nuire à lui-même. Tout dans la maison doit être tenu de telle sorte qu'aucun objet susceptible de servir d'arme ou de moyens de destruction, ne puisse être à la portée des malades. Des précautions qui partout ailleurs peuvent paraître excessives, y sont strictement indispensables.

CHAPITRE VI

SURVEILLANCE DE LA SANTÉ GÉNÉRALE DES ALIÉNÉS

La plupart des aliénés sont incapables de rendre compte des troubles somatiques dont ils peuvent être affectés, ou bien ils les interprètent suivant leurs idées délirantes et les défigurent. Dans les habitations privées, en dehors de la direction constante d'un médecin, les gardes-malades doivent donc être en mesure de passer en revue tous les organes accessibles et toutes les fonctions. Ces observations fournissent d'ailleurs des renseignements précieux sur l'état mental.

Les gardiens des asiles ont souvent une tendance à considérer les plaintes relatives aux maux physiques comme des produits d'une imagination troublée, comme des délusions. Il faut réagir contre cette tendance ; il y a plus de chances de laisser passer inaperçu un mal véri-

table que de se laisser tromper par une illusion de malade.

Je passerai rapidement en revue les principaux faits qui méritent d'être notés. Quelques-uns de ces faits pourront peut-être paraître au-dessus de la compétence ordinaire d'un infirmier ; cependant Granger et le sous-comité de l'association médico-psychologique anglaise n'ont pas craint d'entrer dans ces détails dans leurs manuels pour l'instruction des infirmiers des asiles, qui, il me semble, ont besoin d'être moins bien préparés que ceux qui doivent rester livrés à eux-mêmes.

Il faut tenir compte de l'aspect de la face, qui peut être pâle ou congestionnée d'une manière permanente ou passagère, présenter des extravasations sanguines, tantôt avec traces de violence extérieure, tantôt sous forme de pointillé sur les paupières, sur les membranes oculaires, ces petites hémorragies doivent faire rechercher s'il n'existe pas d'autres traces d'accès d'épilepsie. On doit remarquer les éruptions cutanées. Enfin, l'expression faciale ne doit pas être négligée, elle peut mettre sur la voie des préoccupations du malade ; cependant il

n'y a pas toujours une relation normale entre l'expression et les sentiments des aliénés[1] en particulier chez les paralytiques généraux : l'expression mélancolique peut être due à la contraction spasmodique des muscles du front ou à la paralysie des muscles de la partie inférieure de la face.

Il est bon de remarquer si les pupilles sont dilatées ou rétrécies, inégales, très mobiles ou sans mouvement.

La langue peut être chargée d'un enduit blanc ou brunâtre ; elle peut être sèche ou fendillée ; elle peut présenter un tremblement ou une déviation latérale, se mouvoir difficilement ; enfin elle peut porter des traces de morsures. Les gencives peuvent être saignantes et fongueuses. Les dents peuvent s'ébranler, se carier avec une grande rapidité, être enduites de mucosités buccales épaisses, etc. Les lèvres peuvent être congestionnées ou pâles, tremblantes ; la lèvre inférieure pendante peut laisser écouler la salive ; elles peuvent présenter des fissures ou des morsures. Il convient de signaler si la sali-

1. T. C. Shaw, *On the clinical value of expression in the insane* (*Saint-Bartholomew's hosp. Rep.*, 1874, t. X, p. 319).

vation est abondante, si la salive est mélangée de sang. L'haleine peut offrir une odeur désagréable soit spontanément, soit sous l'influence de médicaments comme le bromure de potassium.

La respiration au lieu de se faire dix-huit à vingt fois par minutes peut se ralentir ou s'accélérer, devenir irrégulière, saccadée, pénible, haletante, très profonde ou superficielle. Si le malade tousse, il faut noter les caractères de la toux, si elle est sèche ou humide, si elle est rare ou par quintes, si elle se produit de préférence dans quelque circonstance particulière. Si le malade crache, il faut remarquer le caractère des crachats ; s'il y a du sang ou des matières inusitées, il faut les conserver pour les montrer au médecin. A part le nombre des pulsations, le garde-malade n'est pas en mesure de constater le caractère du pouls ; mais lorsqu'il est fréquent, et surtout s'il existe d'autres phénomènes d'excitation, il doit prendre la température.

La bouche est une antichambre où s'arrêtent un bon nombre de microbes pathogènes, ils y pullulent et sont tout prêts à profiter d'une

occasion favorable pour infecter l'organisme. La propreté de la bouche doit être surveillée avec le plus grand soin ; les précautions antiseptiques ont d'autant plus d'importance qu'il s'agit de sujets plus débilités.

Les fonctions digestives doivent être surveillées avec le plus grand soin. Il faut observer si l'appétit est bon, mauvais ou inégal ; s'il existe du dégoût pour certains aliments ; lorsque le malade refuse de manger, savoir s'il s'agit d'une simple indifférence ou d'une idée délirante. Il faut remarquer encore si la digestion se fait facilement, si le malade n'est pas ballonné, rouge, somnolent après ses repas ; s'il se produit des gaz ; si les selles sont normales, régulières. Le garde-malade doit d'ailleurs veiller à cette régularité en engageant le patient à se présenter à la garde-robe à heures fixes, ou par des laxatifs appropriés.

Les appareils de métal ou de porcelaine que l'on introduit dans le lit sans les avoir chauffés préalablement provoquent souvent une contraction réflexe des sphincters, et une rétention aussi bien des urines que des matières fécales. La constipation peut être provoquée par l'irrita-

tion douloureuse que produit la tablette froide de la chaise percée ; j'ai guéri un malade de la constipation par l'application d'une pièce de feutre sur son appareil.

La constipation doit toujours être combattue ; elle favorise la pénétration dans l'économie des matières toxiques normalement contenues dans le gros intestin, et elle joue souvent un grand rôle dans la production ou dans l'exagération des troubles mentaux : l'état mental et la constipation subissent souvent des recrudescences et des améliorations parallèles [1]. Si le malade a des vomissements, il faut noter s'ils se produisent après les repas ou à jeun, si ce sont des aliments, digérés ou non, qui sont rejetés ou si ce sont des matières glaireuses ou bilieuses, si enfin le vomissement existe seul ou s'accompagne d'autres symptômes, de douleurs de tête par exemple, s'il est précédé de nausées, s'il se fait avec effort ou douleur, ou si les matières sont évacuées sans aucun effort comme d'un vase qui se renverse.

1. M. Féyat, *De la constipation et des phénomènes toxiques qu'elle provoque* (*Étude de pathologie nerveuse et mentale*) th. Lyon, 1890.

Les matières fécales doivent du reste être explorées avec le même soin ; il faut notamment rechercher s'il n'existe pas de vers intestinaux qui peuvent jouer le rôle de cause excitante dans la maladie. Toutes les excrétions qui contiennent du sang ou des matières douteuses doivent être conservées pour l'examen médical.

Chez les femmes, les règles doivent être notées avec le plus grand soin au point de vue de leur durée, de leur abondance, de leur couleur, de leur odeur, des douleurs ou des autres phénomènes qui les accompagnent. Il existe une relation très étroite entre les troubles des fonctions génitales, surtout chez les femmes, et les troubles névropathiques, à tel point qu'on a pu dire qu'il existe un rapport entre l'augmentation de fréquence des uns et des autres, dans ces dernières années[1].

Les fonctions urinaires doivent être surveillées, au point de vue de la fréquence des émissions d'urine, de leur durée, des efforts qu'elles nécessitent, des douleurs qu'elles peuvent pro-

1. Madden, *On mental and nervous disorders peculiar to women*. (*Trans. of. the Academy of Med. in Ireland*, 1883, t. I, p. 248).

voquer. L'aspect des urines doit être noté au point de vue de leur abondance, de leur couleur, des dépôts qui s'y forment par le refroidissement des corps étrangers, ou du sang qu'elles peuvent contenir.

Les gardes-malades doivent profiter de toutes les occasions d'examiner l'état du corps ; rechercher s'il n'existe pas de trace de coups, des éruptions sur la peau ; s'il n'y a ni enflure, ni hydropisie, ni ulcérations des jambes ; s'il n'existe aucune lésion des organes génitaux ; si le malade ne se livre pas à la masturbation. Lorsqu'on découvre la masturbation, il faut rechercher s'il n'existe pas de traces d'irritations locales, si le malade n'est pas trop couvert. L'excès de chaleur au lit suffit souvent pour provoquer l'éréthisme génital.

Le garde-malade doit écouter les plaintes des malades sur leurs douleurs, se rappeler leurs caractères, leur siège, leur cause supposée.

Une des conditions les plus indispensables à la guérison des maladies est le repos de l'organe malade. Le cerveau ne se repose que pendant le sommeil, le sang y afflue alors en moindre quantité, il se trouve dans une sorte d'état d'a-

némie, comme tous les organes inactifs. L'insomnie au contraire réalise une sorte d'état congestif chronique du cerveau et détermine une exagération de l'excitabilité normale ; aussi à l'origine de presque tous les troubles de l'esprit, trouve-t-on la perte du sommeil et ces mêmes troubles ne guérissent-ils qu'avec son retour. Le sommeil doit donc être l'objet d'une sollicitude spéciale.

Le sommeil doit être surveillé au point de vue de sa durée, de sa continuité, de sa tranquillité ; il faut noter si le sommeil est troublé par des mouvements brusques, des cris, des paroles, si le malade se lève sans s'éveiller, etc., s'il a des sueurs nocturnes, s'il souille sa literie.

Les pertes de connaissance, les convulsions doivent être notées avec le plus grand soin, ces dernières surtout. Il faut remarquer si elles sont générales d'emblée ou si elles commencent toujours par le même membre ou par la même partie de la face.

On ne doit pas laisser passer inaperçus les troubles de la parole, hésitation, tremblement, balbutiement, lenteur, etc., oubli des mots, pro-

nonciation incorrecte. On doit noter de même les troubles de l'écriture, tremblement, modifications de l'allure générale, des dimensions des caractères, oubli de mots, de syllabes ou répétition, etc.

Les troubles de la marche doivent être signalés, principalement son hésitation, son défaut de solidité dans l'obscurité, les faux pas, les chutes subites, les mouvements incoordonnés des jambes, etc.

Les malades doivent être pesés au moins une fois par semaine ; c'est le moyen le plus sûr d'établir le bilan de leur nutrition.

CHAPITRE VII

SOINS GÉNÉRAUX

Les aliénés ont non seulement besoin d'une surveillance constante au point de vue de leurs fonctions de nutrition et de leurs fonctions intellectuelles, mais encore de soins spéciaux. Celui qui les veille ne doit pas seulement constater les troubles dont ils sont affectés, mais il doit autant que possible concourir à y porter remède et à éviter les accidents qui peuvent en résulter.

Lorsque les troubles mentaux sont survenus à la suite d'un choc ou de conditions qui ont entraîné un épuisement considérable ; puerpéralité, neurasthémie traumatique ou émotionnelle profonde, etc., le repos absolu, joint à la suralimentation, aux mouvements passifs, au massage et aux narcotiques peut rendre des services. Mais il ne faut pas croire que le repos absolu du corps soit la condition la plus favo-

rable au repos de l'esprit, tant s'en faut. Les troubles attribués au surmenage résultent le plus souvent d'un exercice systématique, et c'est l'inaction de l'esprit qui joue le rôle pathogène.

Le moyen le plus efficace d'empêcher les malades de s'absorber dans leurs idées fausses est de tenir le plus possible leur esprit occupé ; mais il faut éviter la fatigue. Aussi est-il préférable de les distraire par des travaux manuels et des exercices physiques en général. Mais le mieux est d'employer leur temps à des travaux utiles : les jeux comme le billard et les cartes, si les malades s'y adonnent à l'exclusion d'occupations sérieuses, peuvent à la longue précipiter la déchéance mentale aussi bien que la paresse. Les travaux monotones qui se renouvellent tous les jours aux mêmes heures sont aussi d'une utilité douteuse [1]. Les occupations variées, ou interrompues par quelques divertissements sont plus recommandables. La nature de ces occupations varie nécessairement suivant le sexe, l'âge, la situation antérieure. Même lorsque les malades paraissent prendre goût à leur travail, il ne faut

1. W.-D. Granger, *How to care for the insane;* New-York, 1886, p. 34.

pas les perdre de vue ; dans la solitude, ils reviennent facilement à leurs désillusions, se laissent aller à de mauvaises habitudes ; la possibilité de tromper les invite à tromper. Les malades sont d'ailleurs encouragés par l'exemple ; on ne peut mieux faire que de partager leurs occupations.

Ferrus a particulièrement insisté sur la valeur du travail physique dans l'hygiène des aliénés. L'exercice en plein air est le plus recommandable pour les hommes aussi bien que pour les femmes. Les travaux de jardinage leur conviennent particulièrement. Bodelschwingh a utilisé le travail manuel chez les épileptiques ; sous le patronage de Forel on a fondé dans les faubourgs de Zurich un établissement spécial où les malades sont occupés à l'horticulture, à l'ébénisterie, au dessin, au modelage, à la typographie. On a pu constater l'influence salutaire de l'occupation chez les psychopathes, les alcooliques, chez les imbéciles et aussi chez les hystériques et les neurasthéniques. La marche à pied, les promenades à cheval ou en voiture sont toujours recommandables. Les femmes se trouvent très bien de prendre part aux soins du

ménage dans une maison étrangère [1]. Mais il ne faut pas oublier que la fatigue peut être encore plus préjudiciable à un malade que l'inactivité. Toutes les fonctions de l'organisme sont solidaires ; que la fatigue arrive par les jambes ou par la tête, le fonctionnement général s'en ressent ; la digestion est tout aussi bien troublée par un exercice violent immédiatement après le repas que par un travail intellectuel intempestif. Ce n'est pas sans raison que quelques auteurs conseillent le repos complet pendant une demi-heure ou une heure après le repas pour les neurasthéniques [2].

Il ne faut pas oublier d'ailleurs que si l'état mental des aliénés varie souvent d'un jour à l'autre, leur état physique ne varie pas moins, et par conséquent leur résistance à la fatigue présente plus encore que chez les individus normaux des différences journalières. Il faut tenir compte de ces différences et ne pas exiger une tâche uniforme : une marche qui les calmait hier peut les épuiser aujourd'hui.

1 Alice R. Cooke, *Training insane women in domestic industry* (*Journal of social science*, 1898, XXVI, p. 95).

2. T. Stretch Dowse, *On brain and nerve exhaustion*, 1887, p. 68.

Parmi les divertissements, la musique instrumentale ou vocale doit tenir une place importante; elle permet en effet de tenir leur esprit occupé sans les fatiguer. Les différents arts manuels sont moins capables d'empêcher les idées délirantes de suivre leur cours.

Pendant leurs différents exercices et en particulier pendant leurs exercices en plein air, on doit surveiller les aliénés au point de vue de leurs vêtements. Il ne faut pas oublier que leur circulation et leur nutrition sont toujours défectueuses, et qu'ils se refroidissent très facilement. Il est nécessaire de s'assurer de temps en temps que la température des parties découvertes n'est pas trop abaissée, que les mains ne sont pas violacées et turgescentes, etc. Malgré la diminution de sensibilité à la douleur qui les empêche de se plaindre du froid, les aliénés et les faibles d'esprit, surtout les enfants sont sujets aux engelures [1], il faut les munir de gants en temps opportun. On doit veiller à ce que les vêtements soient toujours appropriés à la température.

1. Fletcher Beach, *The treatment and education of the mentally feeble children*, 1895, p. 16.

Un grand nombre d'aliénés négligent leur toilette et même les soins de propreté les plus élémentaires. Non seulement il faut leur donner l'exemple d'une tenue correcte, mais il faut les engager à l'imiter et les aider au besoin. Les malades conservent instinctivement plus de respect pour leurs vêtements ou pour les objets qui les entourent lorsque tout est tenu avec ordre et propreté. Il faut veiller particulièrement aux soins de la bouche et des dents, des organes génitaux, etc. Harding[1] fait remarquer que la malpropreté des mains et des ongles, peut jouer un rôle dans la production des diarrhées en permettant l'introduction de substances nuisibles dans le tube digestif. Les modifications de la manière de faire des malades relativement à leurs vêtements méritent d'être notées ; elles sont souvent, avec le changement des sentiments affectifs, la traduction extérieure d'une modification dans la marche de la maladie.

Le bon fonctionnement de la peau est tout aussi nécessaire que celui du poumon ou du

1. W. Harding, *Mental nursing*, 2e éd., 1894, p. 69.

rein, aussi celle-ci doit-elle être entretenue avec les plus grands soins de propreté.

L'antisepsie de la peau est bien réalisée par la solution de permanganate de chaux qui n'est nullement irritante et peut être utilisée aussi pour les soins de propreté des muqueuses [1].

Les soins généraux de propreté ne nécessitent aucune recommandation spéciale. Il n'en est pas de même des bains de toute nature. Aussi bien dans les maisons privées que dans les asiles, on ne doit pas perdre de vue les aliénés au bain.

Les sujets affaiblis, les déments se tiennent souvent difficilement assis, et tendent à glisser dans la baignoire en courant risque d'y plonger. On peut les garantir de tout danger en les suspendant dans la baignoire sur un drap fixé aux deux extrémités et formant hamac.

La température des bains doit être surveillée avec soin, et on ne doit jamais laisser l'eau chaude à la disposition du malade ; souvent des brûlures mortelles ont été la conséquence de l'oubli de cette précaution. Enfin le malade lui-

1. Ch. Féré, *L'hygiène de la peau dans la bromuration* (*Journ. des conn. méd. prat.*, 1895, p. 398).

même doit être constamment sous la vue parce qu'il peut se noyer, soit volontairement s'il a des idées de suicide, soit involontairement s'il a une syncope ou une faiblesse. Il peut s'exposer à un refroidissement s'il s'agite hors de l'eau. La durée des bains et leur température doivent d'ailleurs être réglées par le médecin.

On emploie quelquefois pour calmer les malades agités des bains tièdes prolongés. On doit souvent y maintenir le malade de force à l'aide d'un couvercle placé sur la baignoire et percer d'un orifice pour laisser passer la tête. Ces bains doivent être surveillés avec le plus grand soin en raison des dangers qui résultent du couvercle ; et des changement de température de l'eau qui doit être maintenue constante. Le bain tiède est souvent combiné avec les applications froides sur la tête. Ces applications ne sont utiles aussi que si l'abaissement de la température est constamment maintenu ; on peut arriver à ce résultat avec des compresses d'eau froide fréquemment renouvelées avec des appareils à circulation d'eau froide, avec une vessie de caoutchouc remplie de glace pilée.

Les bains froids aussi sont souvent conseillés

dans les états délirants aigus[1], il ne faut les administrer que lorsqu'on est bien en force pour empêcher le malade de se blesser.

L'alimentation doit être l'objet d'une sollicitude toute particulière. Le régime alimentaire doit être abondant : on a vu en effet que dans certains asiles une simple augmentation de la quantité d'aliments diminuait la mortalité et augmentait le nombre des guérisons. Mais il faut se souvenir que ce qui nourrit n'est pas tant ce que l'on introduit dans le tube digestif que ce que l'on digère et que l'on assimile. Il faut donc à la fois surveiller la quantité d'aliments et leur qualité et favoriser les conditions d'une bonne digestion.

Certaines formes d'aliments conviennent mieux en dehors de toute condition individuelle à quelques catégories de malades. Pour les malades agités et violents le régime lacté et végétal est préférable ; l'alimentation carnée et légèrement excitante convient mieux aux mélancoliques. On a conseillé les aliments qui con-

1. H. Molinié, *Traitement du delirum tremens suraigu par les bains froids*, Th. 1899.

tiennent des graisses phosphorées, les poissons, les œufs, pour ceux qui ont une tendance à la déchéance psychique. Il faut éviter tout ce qui peut troubler le malade pendant son repas. Les uns ne mangent pas si on ne les excite de la parole et de l'exemple, tantôt par indifférence, tantôt par crainte d'empoisonnement; d'autres au contraire préfèrent manger seuls et même sans être vus. Il ne faut pas compromettre l'alimentation pour leur imposer une discipline contraire à leurs préférences.

Pour favoriser l'appétit, il est nécessaire que le malade prenne, avant les repas, de l'exercice au grand air. La régularité des fonctions digestives est aidée par la régularité des heures des repas. Il faut veiller à ce que chaque opération nécessaire à l'assimilation des aliments se fasse d'une façon convenable. Pour que la digestion s'opère bien, les aliments doivent être divisés en parties suffisamment petites pour être facilement attaquées par les sucs digestifs. La mastication est donc une opération de première nécessité; il faut veiller à ce que les malades mâchent bien leurs aliments et ne les avalent pas tels qu'ils les ont introduits dans la bouche,

même lorsqu'il s'agit de substances molles et dont le passage est facile. Le séjour dans la bouche est en effet utile à certains aliments, aux féculents qui subissent un commencement de digestion sous l'influence de la salive. Les mouvements de la mastication provoquent non seulement la sécrétion de la salive mais aussi celle du suc gastrique. Lorsque les malades sont dépourvus de dents, il faut leur faire diviser suffisamment leurs aliments avant de les introduire dans la bouche, et donner la préférence aux liquides ou demi liquides. Les malades gloutons doivent être surveillés avec soin, car non seulement l'introduction de morceaux trop volumineux gêne la mastication, mais elle leur fait courir le risque de s'engouer, de faire pénétrer des substances alimentaires dans les voies respiratoires, et de provoquer ainsi la suffocation.

Les sujets édentés réduits à introduire dans leur bouche de petites parcelles d'aliments qu'ils mâchonnent oublient souvent de les avaler et continuent toujours à en introduire de nouvelles. Au bout d'un certain temps leur bouche se trouve remplie d'une masse dont la

déglutition est impossible sans danger, et qui ne sert pas à les alimenter. Il faut surveiller leur déglutition et ne les laisser introduire une nouvelle parcelle alimentaire qu'après s'être assuré de la déglutition de la précédente.

Le froid anesthésie et paralyse les nerfs de l'estomac comme les autres nerfs ; aussi les aliments froids sont-ils souvent difficilement digérés et à plus forte raison chez les aliénés dont les fonctions nerveuses sont en déficit. Il est donc nécessaire de veiller avec soin à ce que les aliments leur soient présentés à une température convenable.

Enfin, pour ménager la paresse de leurs organes digestifs tout en leur procurant une alimentation surabondante si nécessaire à leur organisme en faillite, il est bon de recourir à des aliments qui se présentent sous un petit volume [1], les poudres de viande, etc.

Les malades dont la nutrition est lente et qui ont une tendance au refroidissement se trouvent bien de l'introduction d'une forte proportion de sucre dans leurs aliments.

1. Semal, *la Médecine nutritive en psychiatrie* (*Bull. acad. de Médecine*, 1889, p. 32).

Les mets doivent toujours être préparés avec soin : « Un bon cuisinier, dit M. Clouston [1], est un aide pour tous, un plaisir pour beaucoup et une nécessité pour quelques-uns. »

Campbell Clark prétend que le régime lacté et végétarien est capable à lui seul de refréner les habitudes de masturbation [2], il est difficile de partager cet optimisme.

Le sommeil est d'autant plus nécessaire à l'individu qu'il est plus faible. Chez l'adulte bien portant il favorise l'entretien des forces : chez l'enfant, il doit en outre favoriser l'accroissement, chez le malade la réparation.

Dans les maladies mentales où il est indispensable à la guérison, il est fréquemment troublé. Aussi est-il nécessaire de le favoriser par tous les moyens que fournit l'hygiène : l'exercice au grand air, la régularité des heures du coucher et du lever. Il faut aux malades assurer la tranquillité la plus complète. Tout en laissant la chambre suffisamment éclairée pour que la surveillance soit possible, il faut avoir soin que

1. *Clinical lectures on mental diseases*, 2e éd., 1887, p. 131.

2. Campbell Clarck, *Clinical monnal of mental diseases*, 1897, p. 186.

la lumière ne soit pas assez intense pour tenir le malade éveillé. Il faut se souvenir d'ailleurs que toutes les excitations sensorielles sont capables d'empêcher le sommeil ; on doit donc éviter le bruit, les odeurs fortes, les contacts irritants quels qu'ils soient, l'excès de chaleur. Certains aliments ou certains médicaments, qui laissent des sensations gustatives persistantes peuvent être causes d'insomnie. Certains malades qui se réveillent souvent se rendorment plus facilement s'ils se sentent veillés, si on vient leur dire un mot, ou ajuster leur couverture.

L'ingestion d'une petite quantité d'aliments, d'un liquide chaud ou légèrement stimulant, avant le coucher, favorise le sommeil. Des malades qui se réveillent après trois ou quatre heures de sommeil peuvent se rendormir si on leur fait prendre quelque aliment, une tasse de bouillon ou de lait ; ce moyen simple peut toujours être tenté sans inconvénient, quelquefois il suffit à calmer les plus agités. Dans la démence sénile, l'agitation et l'insomnie sont quelquefois soulagées par des petites doses d'alcool [1]. Les

1. Campbell Clark, *Clinical manual of mental diseases*, 1897, p. 41.

mouvements de l'intestin, la flatulence, la distension de l'estomac et des intestins dérangent le sommeil. L'hygiène de la digestion mérite donc au point de vue du sommeil d'être surveillée avec soin.

Les aliénés qui ont toujours une tendance au refroidissement doivent être plus couverts pendant la nuit que d'autres personnes. Souvent (surtout les vieillards et les mélancoliques), l'insomnie est entretenue par le froid général ou local, le froid aux pieds ; il suffit alors de chauffer le lit ou de mettre une boule d'eau chaude pour ramener le sommeil.

Si on veut bien se rappeler que la condition physiologique du sommeil est l'anémie du cerveau[1], on comprendra mieux l'utilité de ces moyens simples et d'autres qui s'en rapprochent par leurs effets. Tout ce qui tend à attirer le sang vers une partie éloignée de la tête peut provoquer le sommeil. C'est ainsi qu'agissent le travail de la digestion ou encore les sinapismes au creux de l'estomac (Newington), aux pieds, les bains sinapisés, le drap mouillé sina-

1. Durham, *The physiology of sleep* (*Guy's hosp. Rep.* 1860, 3e série, t. VI, p. 149).

pisé, la ventouse de Junod, la ligature circulaire des membres inférieurs à leur racine[1]. Chez les jeunes gens, les pédiluves froids suivis d'une friction sèche avec un linge rude produisent le même effet. Les coiffures de nuit trop chaudes peuvent produire l'insomnie qui peut au contraire être calmée par des applications froides sur la tête : les femmes du Kachmir ont la réputation de faire dormir leurs enfants en leur faisant une irrigation avec de l'eau froide sur la tête. Mais la simple exposition prolongée à l'air frais[2] sans exercice fatiguant est une des meilleures préparations au sommeil, et elle devient tout à fait efficace si elle est suivie d'un repas suffisamment copieux.

Chez les malades excités ou fébricitants, l'insomnie peut tenir à l'exagération générale de l'activité circulatoire[3]. Les lotions froides agissent heureusement à la fois par la perte de chaleur et par la réaction cutanée qu'elles provoquent.

1. C. R. *Soc. Biol.*, 1889, p. .

2. Handfield Jones, *Lectures on functional nervous Disorders*, 1870, p. 410.

3. Milner Fothergill, *The causes and treatment of sleeplessness* (*The Practitioner*, 1876, t. XVI, p. 105).

Bon nombre de malades anémiques[1], les aliénés le sont presque tous, ont de la somnolence dans le jour parce que l'anémie du cerveau est plus prononcée dans la station, mais la nuit lorsqu'ils sont dans le décubitus horizontal, cet organe recevant une quantité de sang inaccoutumée il en résulte de l'insomnie (Hammond). Cette insomnie ne cède qu'au traitement général, le fer est pour ces malades le meilleur des narcotiques.

1. Sawyer, *Clinical lecture on the causes and cure of insomnia* (*the lancet*, 1878, t. I, p. 889.)

CHAPITRE VIII

SOINS MORAUX[1]

La folie résulte d'un trouble organique et c'est surtout en agissant sur le corps que l'on peut en amener la guérison ; la discipline des fonctions organiques est donc la plus propre à favoriser la régularité des fonctions de l'esprit. Mais les fonctions organiques peuvent être influencées par l'activité intellectuelle, aussi à côté des soins physiques les soins moraux ont-ils toujours eu leur place dans la thérapeutique des maladies mentales. Asclépiade passe pour avoir le premier institué le traitement moral.

Lasègue[2] a assez heureusement divisé les méthodes de traitement moral en *méthodes rai-*

1. Medical cannot be separated from moral science without reciprocal and essential mutilation (J. Reid, *Essays on hypochondriasis*, 3e éd., 1823, p. 3.)

2. *Question de thérapeutique mentale* (*Ann. méd. psychologiques*, 1844, et *Etudes médicales*, 1884, t. I, p. 585.)

sonnantes et *méthodes sentimentales*, suivant qu'elles s'adressent à l'intelligence ou aux sentiments; mais il reste muet sur les procédés pratiques. La méthode raisonnante comprend les *procédés de douceur* et les *procédés de force*, *procédés directs* qui s'attaquent à l'idée délirante avec l'intention avouée de la déraciner et le *procédé indirect* tend à substituer des idées raisonnables aux idées folles. Le procédé substitutif constitue le fond du traitement moral dans le système familial où il s'applique pour ainsi dire automatiquement, le malade n'entendant exprimer que des idées raisonnables et n'ayant sous les yeux que des exemples d'actes raisonnables et adaptés aux nécessités sociales.

Quant aux procédés directs, leur application est tout aussi restreinte dans le système familial que dans les asiles. Les procédés de force qui consistent dans l'intimidation sous toutes ses formes doivent être rejetés d'une façon absolue. Leuret n'hésitait pas à soumettre à la douche des monomanes jusqu'à ce qu'ils consentissent à renier leurs idées fausses; mais les résultats qu'il a obtenus sont au moins douteux : l'effet le plus habituel de l'intimidation,

c'est la dissimulation. Cependant Leuret a eu longtemps des adeptes[1].

Les procédés de douceur qui consistent dans le raisonnement, dans la discussion des idées délirantes ne sont pas applicables dans les périodes où les idées fausses sont en pleine activité, ils ne peuvent que les surexciter : témoin cet inventeur qui amené par Trélat devant Arago qui consentit à lui prouver l'absurdité de ses constructions ; à peine sorti, il reprit ses convictions avec plus d'assurance que jamais. Il faut se contenter de ne pas encourager leurs conceptions et leur laisser voir qu'on ne partage pas leur manière de voir. Même pendant la convalescence, il ne faut chercher à rectifier le jugement des malades qu'avec la plus grande prudence. C'est précisément parce qu'elle exclut la possibilité de la persuasion que la folie diffère de l'erreur[2].

La *méthode sentimentale* comprend des procédés analogues à ceux de la méthode raisonnante.

1. J.-G. Binet, *De l'isolement nosocomial et des moyens moraux qui terminent son action thérapeutique dans le traitement de la folie*. Th. 1858, p. 41.

2. Lasègue et Falret, *La folie à deux ou folie communiquée* (*Arch. gén. de Méd.*, 1877).

On peut agir indirectement sur les sentiments des malades en leur mettant sous les yeux l'exemple des jouissances émotionnelles qui naissent spontanément dans un milieu normal. Si ces images peuvent être éveillées dans une certaine mesure dans les asiles par des lectures bien choisies ou des conversations appropriées, le spectacle vivant qui s'offre naïvement dans la famille au contact des enfants, en particulier, donne sans contredit à ce procédé une activité beaucoup plus grande. Les procédés violents de la méthode sentimentale consistent dans la provocation d'émotions violentes, qui, on le sait, déterminent quelquefois la guérison lorsqu'elles se présentent spontanément. Ces émotions peuvent être provoquées par une excitation physique, un bruit intense et subit ou par l'annonce d'un événement heureux ou malheureux. Si la peur peut quelquefois agir favorablement sur certains états de stupeur, particulièrement chez les hystériques, il faut bien dire que les émotions dépressives en général ont rarement de bons effets. Les émotions qui jouent le plus souvent le rôle de causes dans les maladies mentales sont les émotions pénibles, les émo-

tions agréables ne peuvent guère produire qu'une sorte d'ivresse passagère[1] ; par contre ce ne sont guère que les émotions de ce dernier genre qui ont une action heureuse sur la marche de ces maladies[2]. Mais les moyens de ce genre ne peuvent être essayés qu'après mûre délibération car le succès est problématique, et si on a recours à une tromperie on court grand risque de perdre définitivement la confiance du malade.

Le plus souvent, des émotions extrêmement violentes, même accompagnées de choc physique ne font que provoquer des modifications temporaires[2].

Il faut s'efforcer de faire pénétrer dans l'esprit du malade une interprétation favorable des événements pénibles qui ont provoqué des troubles, si on ne peut en effacer le souvenir, et le rassurer sur l'avenir. Si on peut faire pénétrer dans son esprit la sécurité relativement à ses anciennes relations et à l'accueil qu'il pourra

1. Ch. Féré, *L'ivresse émotionnelle* (*Revue de Médecine*, 1888).

2. Ch. Féré et P. Bréda, *Tentative de suicide par pendaison, amnésie rétroactive, modification du délire* (*Arch. de neurologie*, 1886, t. XII, p. 377).

recevoir à sa rentrée dans le monde, on relèvera sa tonalité émotionnelle et on augmentera ses chances de guérison [1].

Souvent la souffrance des malades est aggravée par la conscience plus ou moins complète qu'ils ont de leur turpitude morale ; on peut diminuer leur anxiété en s'appliquant à leur démontrer que leurs troubles tiennent à un état physique et qu'ils ne sont pas plus coupables qu'un malade qui délire sous l'influence de la fièvre.

Les procédés de douceur qui sont surtout de mise dans la convalescence, consistent à relever la conscience du malade, à réveiller son amour-propre ou ses sentiments affectifs, stimuler sa volonté.

Mais que l'on veuille agir par l'intelligence ou sur les sentiments, il ne faut pas perdre de vue que l'aliéné n'est pas un malade imaginaire. Le malade imaginaire est une création littéraire qui ne répond à aucun fait réel, il n'y a pas de malades imaginaires, mais il y a des malades

1. David Uwins, *A trealise on those disorders of the brain and nervous system, which are usually considered and called mental*, 1833, p. 173.

d'imagination. Or, les maladies d'imagination ont toujours des conditions physiques qui ne peuvent être modifiées que par des procédés rationnels. Ce n'est pas en niant sa maladie que l'on peut guérir l'hypochondriaque, mais en lui démontrant qu'il peut guérir, et qu'il peut aider à la guérison.

Le meilleur traitement moral consiste dans la discipline et le travail physique modéré, qui active les fonctions organiques, développe les organes moteurs et sert de dérivatif à l'activité morbide de l'intelligence ; donne des habitudes de régularité et constitue même pour l'avenir un apprentissage utile.

La discipline, surtout dans les cas chroniques est d'autant plus utile qu'elle est ininterrompue. C'est avec raison que Williams[1] proteste contre l'abus des congés dans les asiles.

La « diète morale » comme dit Guislain est, en somme, la plus délicate à ménager, et on doit se souvenir que l'expectation « négative Behandlung » (Heinroth) est souvent plus utile que les interventions insuffisamment motivées.

1. E.-H. Williams, *Idleness in insane asylum on holidays* (*State hospital Bulletin*, 1897, II, p. 491.

La plupart des malades ont une répugnance marquée pour le travail. On peut leur en inspirer le goût en les plaçant à côté de personnes qui travaillent; la vue du résultat acquis, l'imitation ont souvent pour résultat de provoquer un essai qui devient plus efficace à mesure qu'il se répète. Du reste, même lorsqu'il ne réussit pas à provoquer l'imitation, le spectacle de l'activité n'est pas inutile. Les objets en mouvement ont pour effet d'attirer particulièrement l'attention, et leur considération entraîne toujours un sentiment de satisfaction ; ils agissent en détournant dans une certaine mesure l'attention de l'aliéné de ses préoccupations habituelles et peuvent, par conséquent, contribuer à leur dissolution.

Les soins relatifs à l'idéation et aux sentiments constituent bien plutôt une hygiène morale qu'un traitement moral. Pour réaliser un traitement moral, il faudrait d'abord tirer des indications précises. Or, nous sommes en général dans l'incapacité de comprendre les procédés psychologiques des aliénés, qui pensent avec un cerveau malade, comme nous nous sommes dans l'incapacité de comprendre

les procédés psychologiques des animaux qui pensent avec un cerveau différemment constitué.

On aurait de grandes déceptions si on admettait qu'il existe un traitement moral susceptible de guérir toutes les formes de l'aliénation[1]. Il n'y a en réalité qu'une hygiène morale qui peut être utile à tous les aliénés.

Lorsque les malades commencent à prendre intérêt à une lecture, il faut leur donner satisfaction ; mais il est nécessaire de prendre le plus grand soin au choix des ouvrages. Il faut bien se garder de ceux qui peuvent irriter leurs susceptibilités ou leur rappeler des souvenirs pénibles. Il faut surveiller avec soin leur expression pendant la lecture. S'ils préfèrent écouter, il faut avoir soin, pour leur faire la lecture, de se placer de telle sorte qu'ils puissent bien entendre et voir le lecteur : ils prennent plus d'intérêt lorsqu'ils peuvent considérer l'expression du lecteur. Il faut aussi pouvoir surveiller l'effet de la lecture.

1. G. Ricoux, *Contrib. à la généralisation du traitement moral de l'aliénation mentale*, Th. Nancy, 1898.

CHAPITRE IX

SOINS PARTICULIERS A QUELQUES CATÉGORIES D'ALIÉNÉS

Plusieurs catégories d'aliénés méritent des soins spéciaux.

Tels sont les malades violents : il faut se tenir au courant autant que possible de leurs illusions, de leurs hallucinations, de leurs idées délirantes et se renseigner sur les circonstances qui provoquent leurs accès d'exaltation, afin de pouvoir les éviter. Lorsqu'on connaît bien les phénomènes qui précèdent l'accès, il est plus facile d'en atténuer la conséquence, surtout quand on sait aussi dans quelle direction ces violences doivent s'exercer. Ces malades ne doivent jamais rester seuls et il faut éviter de laisser à leur disposition tout objet dont ils pourraient faire une arme.

Tout ce qui peut être mobilisé peut leur servir d'armes, et ils savent s'en faire, par

exemple en enveloppant une pierre dans un mouchoir ou en la laissant tomber à l'extrémité d'un bas dont ils se servent comme d'un casse-tête, etc.

Il est rare que l'excitation violente dure longtemps et soit constamment dangereuse soit pour le malade, soit pour son entourage. D'ailleurs, il faut bien retenir qu'un malade n'est pas dangereux par le seul fait qu'il vocifère, gesticule, saute, court, grimace, etc. Ces malades très bruyants se calment souvent au bout de peu de temps, si on les laisse s'agiter, sans contrôle, à l'air libre. Lorsque le malade est vraiment dangereux pour lui-même ou pour les autres, il faut s'assurer de lui et le contenir pour l'empêcher de frapper, de briser, etc. Il ne faut jamais tenter de lutter avec un aliéné, lorsqu'on n'est pas en force pour le réduire sans violence et sans risque.

Lorsqu'on a à maintenir un malade par les bras, il vaut mieux saisir la manche, surtout lorsqu'elle est longue et qu'on peut la saisir par l'extrémité : chez les femmes surtout les os du poignet sont très fragiles.

Lorsqu'il est nécessaire de s'assurer d'un ma-

lade, trois personnes peuvent suffire. M. Granger donne cette manière de faire qui est assez pratique : « Deux personnes saisissent chacune un bras au niveau du poignet et du coude et le tiennent droit en dehors ; la troisième placée derrière passe le bras autour du cou et maintient le menton pour éviter les morsures et les crachats ; le patient peut alors être entraîné en arrière et assis sur une chaise fixée au parquet ». S'il est indispensable de porter le malade, on se rend plus facilement maître de lui en le mettant là face en bas, pour éviter de tordre les membres, il faut le porter par les épaules et la poitrine en prenant soin de ne pas serrer le col.

Lorsqu'on a réduit un malade couché le dos sur le sol et qu'on veut le maintenir en attendant un aide, il faut mettre un genou de chaque côté de ses cuisses et s'asseoir sur ses genoux pendant qu'on tient ses bras avec les deux mains. Il faut éviter de jamais s'appuyer sur une partie quelconque de son corps, avec les genoux, on risquerait de le blesser ou même de lui fracturer des os.

Lorsque l'on doit user de force avec un ma-

lade violent, il faut toujours le faire avec modération et conserver son sang-froid ; on doit se préoccuper non seulement de ne pas blesser le patient mais aussi de ne pas se laisser blesser.

C'est surtout lorsqu'il s'agit de malades violents que les gardes doivent se tenir constamment prêts à tout événement, ils doivent surveiller leur propre costume qui doit laisser leurs mouvements libres et ne pas prêter à l'attaque. Les femmes en particulier doivent éviter les coiffures flottantes, les rubans, etc., qui peuvent laisser facilement prise : j'ai vu une infirmière qui se serait économisé quelques bonnes contusions en réservant quelques boucles de cheveux.

Lorsque l'immobilisation s'impose, il vaut mieux la réaliser en roulant la malade dans une couverture qu'en le ligotant.

Lorsque le malade a été mis en lieu sûr, il ne faut plus essayer de l'empêcher de crier ou de s'agiter ; ces essais ne font souvent que l'exciter ; il se calme plutôt de lui-même si on le laisse seul, sans toutefois le perdre de vue.

La manière de faire des gardiens doit être telle que le malade en vienne à la conviction

qu'il n'est pas maître de la situation, mais qu'on n'use de la force que pour l'empêcher de se nuire et de nuire aux autres, et jamais pour le châtier.

« Pinel a trouvé que lorsque le cliquetis des chaînes eut cessé, les malades devinrent calmes. Charlesworth et Hill ont vu que lorsque les moyens mécaniques de contrainte furent détruits une amélioration inattendue et considérable s'ensuivit chez les aliénés soumis à leurs soins[1]. »

Bien que l'emploi des moyens de contrainte ait été considérablement réduit dans ces dernières années, on n'a guère pu y renoncer et le principe du « non restraint » accepté par la plupart des médecins est entré beaucoup moins facilement dans la pratique que dans la théorie[2]. Ceux qui ont le plus combattu l'emploi

1. J. Conolly, *The treatment of the insane without mechanical restraint*, 1856, p. 107.

2. W. Lauder Lindsay, *The theory and practice of non restraint in the treatment of the insane* (*Edinburg med, journ.*, 1878, april., 887, june, p. 1902). — Le dernier mot du « Non restraint » le système des « portes ouvertes » ou « système écossais, » n'est pas si général en Ecosse qu'on pourrait le croire. Il était appliqué en 1888 dans les asiles de Melrose, de Springfield, de Woodilee, de Lochgilphead, de Rosswell, de Stirling, de Haddington, de Banff. Or, il y

de la contrainte mécanique ont fréquemment recouru à la chambre capitonnée où le malade est trop souvent livré à lui-même sans surveillance. Dans la chambre capitonnée, le furieux peut déchirer ses vêtements à loisir, se déchirer lui-même, avaler ses boutons et ses excréments, voire même s'étrangler : on en pourrait citer des exemples. Il n'est donc pas bien sûr que ce procédé de la contrainte, soi-disant en liberté, soit très supérieur à la classique camisole que l'on a cherché à humaniser en la transformant en un gilet à manches[1] permettant au malade un certain exercice à l'air libre.

La contention prolongée par les mains des

a en Ecosse 7 asiles royaux, 12 asiles de districts et 6 asiles paroissiaux. Quelques asiles construits en plein champ ou en pleine montagne ont pu se passer de murs, mais ils n'en sont pas plus ouverts pour cela. A Inverness, on pouvait pénétrer jusqu'aux bâtiments de l'asile sans être interrogé, mais on pouvait constater que la plupart des portes extérieures et intérieures ne s'ouvraient pas autrement qu'avec une clef qui était dans la poche de l'infirmier en charge.

1. Halaran avait déjà préconisé un appareil permettant de maintenir les membres tout en rendant possible une certaine liberté d'exercice (*Practical observations on the causes and cure of insanity*, 2e éd., 1818, p. 135) et qui ne manquait pas d'analogie avec l'appareil préconisé par M. Magnan (Art. CAMISOLE, *Dict. encycl. des sc. méd.*, t. XI, 1870, p. 780.)

infirmiers est un des procédés les plus brutaux qui dégénère souvent en pugilat, ce qui ne l'empêche pas d'être inefficace. Du reste, même dans la patrie de Conolly l'heureux vulgarisateur du « non restreint » les moyens mécaniques de contention ne sont plus rejetés systématiquement dans les cas d'impulsions suicides, de violence extrême, d'idées de destruction, et même chez les aliénés agités sans repos [1].

Les malades qui circulent les bras fixés dans un gilet à manche soit latéralement le long du corps, soit croisés sur la poitrine, doivent être surveillés constamment parce qu'ils sont incapables de se protéger contre les chutes. Ceux qui sont couchés avec la camisole doivent encore moins être perdus de vue parce que dans leur agitation ils peuvent se comprimer la poitrine et même le cou et se trouver suffoqués ou étranglés. On a cité des cas dans lesquels la camisole avait produit des fractures des os du larynx. Qu'ils soient levés ou couchés, les malades ne doivent jamais être maintenus longtemps sans interruption, dans les manches fermées. En

1. R. Semelaigne, *Du restreint et du non restreint en Angleterre* (*Progrès Médical*, 1890.)

général, en effet, ils gardent dans cet appareil des attitudes fixes, souvent les poings sont fermés. Ces attitudes fixes longtemps conservées peuvent entraîner des déformations permanentes; j'ai vu à la Salpêtrière, plusieurs femmes dont les doigts étaient restés fléchis à angle droit au niveau de l'articulation de la première et de la deuxième phalange, pour être restées longtemps contenues de cette manière [1]. Du reste, dans l'emploi des moyens de contrainte mécanique, il ne faut pas perdre de vue que le but à atteindre est la protection du malade, et, la contention prolongée ou continue ne doit guère s'appliquer, en dehors des cas chirurgicaux et encore avec la plus grande réserve, qu'aux malades qui ont des tendances marquées au suicide ou à l'automutilation, qui se déchirent la peau avec leurs ongles, aux malades destructeurs qui déchirent, détruisent, brisent, brûlent sans aucun motif apparent, sans que l'on puisse jamais prévoir, ni prévenir aucune de leurs violences.

Les masturbateurs ont besoin d'une surveil-

1. Dans les trois cas que j'ai observés, la déformation semblait due à des rétractions tendineuses, la peau était parfaitement saine, n'avait jamais été ulcérée.

lance continue, le mieux est de ne pas les quitter des yeux. Quelques malades ne sont nullement influencés par la présence d'un gardien ; la vessie de glace sur les parties génitales peut être d'un grand secours. Il est rare que les gants rembourrés et la fixation des cuisses dans l'abduction combinée à la contention des membres supérieurs puissent suffire.

L'emmaillotement (dry pack) qui consiste à enrouler le malade, les bras allongés le long du corps et les membres inférieurs étendus dans un drap et dans une couverture en ne laissant libre que le cou et la tête peut rendre des services dans le cas de lésion chirurgicale ou d'agitation dangereuse ; mais il faut veiller à ce que la compression du thorax et de l'abdomen soit modérée, assurer la propreté du malade en le changeant plusieurs fois par jour et surtout ne jamais le quitter de l'œil.

Quant aux moyens de contention comme le siège à carcan, les lits couverts, malgré les tentatives de restauration dont ils ont été l'objet [1],

1. Lauder Lindsay, *The protection Bed and its use*, (*Edinb. med. journ.*. 1878, Febr., p. 715.)

il faut les laisser dans le domaine de l'histoire.

Sauf de très rares exceptions on peut dire que les malades qui réclament des moyens de contrainte mécanique ne sont pas propres à profiter du traitement privé. On peut sur ce point admettre l'opinion de M. Maudsley [1]. « Lorsqu'un médecin trouve qu'il est absolument nécessaire d'employer des moyens mécaniques de contrainte, il doit, s'il a à cœur le bien de son malade, l'envoyer ailleurs ; c'est que le cas n'est pas convenable pour le traitement à domicile, ou qu'il n'a pas à sa disposition les moyens nécessaires pour le traiter convenablement ».

Si la *contrainte mécanique* doit être, d'une façon générale, bannie du traitement privé, il en est de même de la *contrainte chimique* qui consiste à sidérer le malade agité par des narcotiques et des stupéfiants qui ne font qu'exagérer les troubles de la nutrition.

Les malades qui ont des idées de persécution avec tendance aux mouvements de défense et de

1. *The treatment of the insane without mechanichal restraint* (*The Practitionner*, 1870, t. V. p. 197.

réaction contre les mauvais procédés dont ils se croient l'objet, doivent être surveillés avec le plus grand soin et on doit toujours se tenir en défiance à leur égard : ce sont les malades qui sont le moins susceptibles de profiter du système familial ; souvent, en effet, leurs soupçons se portent sur le personnel qui les entoure, sur le médecin, et ils peuvent frapper au moment où on s'y attend le moins. Les moyens de contention ne feraient que les exaspérer ; il faut avec eux user de patience et de sang-froid et faire en sorte de ne pas leur laisser sous la main des objets dont ils pourraient se faire des armes dangereuses.

On ne doit pas tolérer que le malade pénètre dans la chambre de son garde où il pourrait trouver des instruments qu'on a pris soin de mettre hors de sa portée.

Ces dernières précautions sont aussi indispensables avec les aliénés qui ont des tendances homicides ou suicides, des idées d'automutilation.

Les lits ne doivent présenter ni barres ni saillies auxquelles les malades peuvent attacher leur linge de corps ou leurs draps pour se pen-

dre. Avec ces malades il faut avoir soin de toujours compter, avant de les mettre en lieu sûr, tous les objets qui pourraient être utilisés par eux, couteaux, fourchettes, instruments de travail, ne jamais laisser traîner des morceaux de verre, de métal, cordes, bandes, rubans, allumettes, épingles à cheveux, busques etc.

Tous les mélancoliques sont susceptibles d'avoir à un moment donné des idées homicides ou suicides : la méfiance doit être une règle constante, principalement dans les formes anxieuses ou religieuses. Dans cette dernière on a en outre à redouter les mutilations.

Kéraval cite une mélancolique hallucinée qui s'arracha brusquement un œil de l'orbite sans autre instrument que ses doigts en présence des personnes qui la surveillaient et ne quittaient pas son lit [1].

Les aliénés suicides ne doivent jamais être perdus de vue un seul instant, ni de jour, ni de nuit ; ces malades sont capables de se pendre à une chaise avec un débris de vêtement, de s'asphyxier au besoin dans une cuvette, de s'en-

1. R. Kéraval, *La pratique de la médecine mentale*, 1901, p. 181.

foncer une épingle dans les vaisseaux. Une malade dont M. Magnan a rapporté l'histoire avait trouvé moyen de se faire des lésions mortelles de la pointe du cœur avec une épingle ordinaire de trois centimètres de longueur.

Ces malades peuvent trouver dans le feu un moyen de vengeance, une arme homicide ou suicide, il faut donc éviter avec le plus grand soin de laisser aucune substance inflammable à leur portée.

Pour les aliénés agressifs, Talcott préconise les gants remboures de coton.

Lorsqu'on a à transporter un malade extrêmement violent et qu'on n'a à sa disposition aucun appareil de contention on peut le rouler dans un drap en ayant soin de ménager la poitrine. Il va s'en dire que ce cocon [1] ne doit être utilisé que momentanément.

Il faut rester convaincu que ces aliénés peuvent toujours trouver dans l'extravagance de leur esprit le moyen de déjouer les précautions les mieux combinées. Lorqu'on a à surveiller un malade qui a des idées de suicide il ne faut

1. Selden Hanies Talcott, *Mental diseases, and their modern treatment*, 1901, p. 220.

se laisser distraire par aucune considération ; il est capable de profiter d'un accident pour mettre son projet à exécution [1].

Les aliénés suicides ont souvent une préférence exclusive pour un procédé ; mais même après plusieurs tentatives stéréotypées, il ne faut pas être en sécurité si on n'a pris des précautions que dans cette direction. L'intensité des manifestations n'a pas de rapport nécessaire avec l'acuité de la douleur mentale ; il faut se méfier surtout des mélancoliques silencieux au point de vue du suicide.

Il faut se rappeler que les mélancoliques en général sont plus déprimés à la fin de la nuit et le matin, et que c'est à cette période de la journée que les idées de suicide se manifestent avec le plus d'intensité. Il faut que la surveillance redouble alors. Il est bon de faire prendre à ces malades dès le réveil un aliment quelconque, une tasse de lait ou de café [2].

Chez un grand nombre d'aliénés, mais en particulier chez les idiots, les imbéciles, les

1. Ch. Mercier, *The attendant's companion*, 1892, p. 9.

2. *Handbook for the iustruction of the attendants on the insane (prepared by a sub-committee of the medico-psychological association)*, 1885, p. 52.

hystériques, les déments, les paralytiques généraux, les pratiques d'onanisme se manifestent sous les formes les plus diverses et prennent un rôle important dans la dénutrition. La possibilité de ces pratiques doit toujours être présente à l'esprit de l'infirmier qui ne doit pas oublier qu'une investigation maladroite peut devenir une provocation. Aucun moyen de contention mécanique n'est efficace contre les habitudes vicieuses qui ne cèdent qu'à une surveillance vigilante. En veillant à la propreté des organes génitaux on évite une cause d'irritation et on se ménage un prétexte à l'inspection directe.

Les malades en démence doivent être l'objet d'une surveillance et de soins spéciaux. Ces malades ont en effet des alternatives de tranquillité et d'excitation. Dans les accès d'excitation, ils peuvent se livrer à des actes dangereux pour eux-mêmes et pour les autres, commettre des attentats aux mœurs, etc. En outre, ils présentent souvent des troubles somatiques, leur sommeil est mauvais, ils s'agitent sans cesse dans leur lit ; leur nutrition étant défectueuse ; il en résulte souvent des lésions de la peau au niveau des parties saillantes, particulièrement au sacrum. Quelquefois

il se produit des ulcérations, des gangrènes superficielles ou profondes qui ont peu de tendance à la guérison si le malade ne peut pas quitter le lit. Pour prévenir ces ulcérations, il est indispensable de tenir le malade dans la plus grande propreté, de lui faire des lotions astringentes et toniques sur les parties les plus exposées à ces lésions ulcéreuses ; les lotions avec le vin aromatique, l'eau blanche, les solutions boriquées rendent de grands services.

Les précautions relatives à la prévention des eschares doivent être surtout prises dans certaines circonstances particulières : c'est ainsi que les paralytiques généraux ont surtout une tendance à ces accidents à la suite des attaques apoplectiques ou épileptiques. C'est surtout dans ces cas que les matelas d'eau ou d'air méritent d'être utilisés.

Les lotions antiseptiques s'imposent chez les malades réduits au décubitus continu pour éviter l'eschare fessière qui est souvent le point de départ d'infections secondaires. Contre ces eschares névrotrophiques Brown-Séquard a conseillé des applications froides et chaudes alternatives. Après avoir laissé un sac de glace pen-

dant huit ou dix minutes sur la lésion, on lui substitue un cataplasme chaud pendant une heure. Ce mode de traitement peut s'appliquer aux eschares des paralytiques généraux.

Les organes génitaux, très sujets à être souillés, doivent être l'objet des mêmes soins. La peau doit être tenue sèche autant que possible au moyen de poudres inertes. Mais pardessus tout, il faut veiller à ce que les déments soient le moins possible souillés par leurs excréments. La difficulté est souvent grande parce qu'ils ne sont pas capables de retenir leurs matières solides ou liquides. Toutefois avec certaines précautions, on peut dans un bon nombre de cas, éviter les accidents. Il est bon de leur présenter les vases à des heures fixes, et plus ou moins fréquemment, suivant leur résistance. En réveillant les gâteux deux ou trois fois par nuit à l'heure précise on peut arriver à les rendre propres. C'est un automatisme qui n'est pas plus difficile à obtenir que celui qui consiste à uriner au lit à certaines heures ; mais il arrive souvent que lorsqu'on expose le malade au froid, cette seule irritation provoque une contraction du sphincter et l'évacuation désirée ne peut se

produire à tous égards, il importe d'éviter les refroidissements car les malades sont très sujets à tous les accidents que peut provoquer le froid.

Cette discipline préconisée en Angleterre par Gaskell paraît avoir été imaginée par un infirmier de l'asile de la Seine-Inférieure nommé Nicoux au dire de Parchappe[1] qui l'appelle *méthode maternelle*.

Guislain conseille de placer la verge dans un urinal pendant la première heure du sommeil et de retirer ensuite l'appareil[2]. Cette manœuvre répétée chaque jour réussit quelquefois en effet à créer une sorte d'habitude.

Dans quelques asiles on a l'habitude de donner chaque soir un lavement à la même heure aux malades gâteux pour éviter les accidents nocturnes. Ce moyen préventif réussit quelquefois et mérite d'être tenté. Les urines ne peuvent guère être l'objet d'une mesure analogue : le cathétérisme bien fait avec des sondes molles et soigneusement désinfectées

1. Dumesnil, *Un lit de gâteux*, (*Ann. méd. psych.*, 1870, 5e série, t. III, p. 80.

2. Guislain, *Leçons orales sur les phrénopathies*, 1880, 2e éd. t. II, p. 299.

peut être complètement inoffensif, mais il réussit rarement à éviter les évacuations involontaires. Lorsqu'il est impossible de parer à ces accidents, il faut placer le dément sur un lit garni de paille, ou mieux de mousse (Hertz, Sander) que l'on peut changer aussi souvent que la propreté l'exige et que l'on peut tenir à peu près sèche en la renouvelant chaque jour une fois ou deux.

Les malades paralytiques doivent être de temps en temps changés de position pour éviter les compressions prolongées, ils doivent être le moins possible tenus au lit. Chez eux il faut surveiller les excrétions qui sont souvent difficiles et les provoquer par des lavements et le cathétérisme. Il faut noter avec soin l'état des urines, et dès qu'elles ont des caractères de putréfaction ou contiennent du pus, en avertir le médecin pour que les lavages antiseptiques puissent être faits en temps utile.

Les malades confinés au lit doivent être changés de position de temps en temps pour éviter la formation des eschares, les linges sales et mouillés doivent être enlevés, et remplacés par des linges parfaitement secs.

Lorsque des eschares se sont formées, il faut les panser avec le plus grand soin ; les laver plusieurs fois par jour avec des solutions antiseptiques ou avec le vin aromatique ou d'autres substances légèrement irritantes, et les panser avec des préparations désinfectantes et toniques, de préférence avec des substances pulvérulentes comme l'iodoforme, la poudre de quinquina qui permettent de maintenir les parties à l'abri de l'humidité ; lorsque la cicatrisation se fait difficilement on peut irriter la surface de l'ulcère par des applications alternatives de froid et de chaud (Brown-Séquard), des applications de substances légèrement caustiques, de liqueur de Labarraque, etc.

On est souvent réduit à faire manger les paralytiques comme les déments, il faut éviter de présenter une cuillerée d'aliments avant que la précédente n'ait été déglutie ; c'est une précaution qui pour être naïve, n'est pas moins indispensable pour éviter l'introduction des aliments dans les voies respiratoires.

Les déments et les paralytiques présentent quelquefois des troubles respiratoires, des nausées qui sont dus à l'accumalation des muco-

sités dans le pharynx. Il faut les en débarrasser soit en leur faisant avaler une certaine quantité de liquide, soit en nettoyant l'arrière-gorge avec un tampon de linge humide, et solidement fixé à son manche.

D'une manière générale lorsqu'un malade pour une raison quelconque doit être maintenu au lit d'une manière continue, il est nécessaire que le lit soit choisi de telle sorte qu'il ne soit pas assez large pour que les infirmiers soient gênés dans les soins à donner au malade, et qu'il ne soit pas assez étroit pour qu'il y ait danger de chute, ce qui est surtout à craindre lorsque le lit est garni d'un matelas d'air ou d'eau.

Dans le cas de confinement, il est indispensable de veiller avec un soin particulier à l'aération de la chambre ; lorsque la température n'est pas trop basse, il ne faut pas craindre les fenêtres ouvertes mais garantir le malade contre les courants d'air.

Un grand nombre d'aliénés peuvent accidentellement ou d'une manière continue refuser la nourriture : les maniaques, en raison de leur agitation générale ; les mélancoliques, dans une

préoccupation de suicide ; les hallucinés auxquels Dieu défend de manger ; les délirants persécutés, les déments, par suite de crainte d'empoisonnement ; les hystériques, par suite d'un dégoût pur et simple des aliments, etc. Les hypocondriaques qui ont l'habitude d'explorer minutieusement toutes leurs fonctions, arrivent quelquefois à la conviction qu'ils sont incapables d'avaler quoi que ce soit, parce qu'ils ont remarqué après un certain nombre d'essais qu'ils ne peuvent pas avaler leur salive. Il peut suffire, pour les rassurer, de leur démontrer qu'à l'état normal la déglutition ne peut pas se faire à vide[1]. Les négateurs, qui refusent la nourriture parce qu'ils se prétendent indignes de vivre, arrivent quelquefois à s'alimenter suffisamment si on a soin de laisser à leur portée des vivres qu'ils peuvent prendre pour ainsi dire à la dérobée ; les hystériques, les déments peuvent en faire autant ; cependant il ne faut pas renoncer à ce moyen. Il ne faut pas non plus craindre de renouveler l'offre des aliments : tel malade qui les refuse ou les détruit plusieurs fois de suite

1. Habershon. *On the pathology of the pneumogastric nerve*. 2e éd. 1885, p. 38.

finit quelquefois par accepter. Mais cette alimentation irrégulière est en général insuffisante et il faut recourir à l'alimentation forcée : l'introduction de substances nutritives au moyen de lavements est de faible secours. Les injections sous-cutanées ou intra-veineuses de sérum peuvent suppléer l'alimentation dans une certaine mesure. On doit d'autant moins reculer devant cette mesure, que l'alimentation surabondante est une des premières indications dans la plupart des maladies mentales.

Chez beaucoup d'aliénés le refus des aliments tient à une faiblesse de volonté qu'il suffit de renforcer par des paroles encourageantes. Ce qu'un homme ne peut obtenir, une femme l'obtiendra ou inversement.

L'alimentation forcée doit toujours être dirigée par un médecin, mais les infirmiers doivent en connaître assez bien les règles pour lui prêter un concours efficace. Comme à toutes les mesures de contrainte, on ne doit y recourir que lorsqu'on est en force pour réussir : ce n'est que lorsqu'ils se sentent soumis à une loi inéluctable que les aliénés se décident à céder. La manœuvre ne doit commencer que lorsqu'on est

sûr qu'elle peut s'exécuter avec violence et avec une sécurité absolue.

Plusieurs procédés sont mis en usage pour l'alimentation forcée. Celui qui consiste à obliger le malade à se laisser introduire des aliments dans la bouche, soit en lui écartant les mâchoires avec une poire de bois tourné en pas de vis, soit en lui tenant le nez, est fort infidèle. Il est facile de se rendre compte que la déglutition est fort difficile et désagréable, lorsque les narines sont complètement oblitérées. Le malade soumis à cette introduction forcée résistera nécessairement, et réussira à rejeter la plus grande partie des aliments.

Newth fait maintenir les membres du sujet penché en arrière. L'opérateur fixe la tête entre ses deux genoux ou la fait tenir par un aide. Il introduit son index gauche dans la bouche et soulève la joue autant que possible. Le malade ne peut plus expulser le liquide qu'on lui introduit sous la joue et qui passe entre les dents ou derrière la dernière molaire. Il avale si on lui serre les narines.

1. H. Newth, *Refusal of food in the insane*, etc. (*The journ. of mental, sc.*, 1899, 733.

Ce procédé a procuré à un imitateur de Newth l'occasion d'observer deux cas de mort par gangrène pulmonaire[1].

Williams a proposé de recourir à la manœuvre suivante : un aide tient la tête du patient entre ses genoux et lui écarte les lèvres en introduisant ses petits doigts dans les angles de l'orifice buccal ; on peut alors introduire entre les dents une cuiller la concavité en bas, et maintenir la langue pendant qu'avec une autre cuiller ou tout autre instrument on verse les aliments dans le fond de la bouche. L'auteur conseille de placer le malade sur un simple matelas reposant sur le parquet.

Pussin, le surveillant de Pinel à Bicêtre, se servait d'un biberon de métal dont le bec très allongé étant introduit jusque dans l'arrière-gorge. Ce procédé présente quelques avantages à condition que l'on surveille la température des substances que l'on introduit.

Le procédé d'Anderson Moxey, qui consiste à introduire les aliments liquides par les narines

1. D.-F. Rambaut, *The method of artificial feeding advocated by Dr Newth, followed by gangren of the lung in two cases* (*ibid.*, 1901, p. 95.)

à l'aide d'un petit entonnoir sans l'intermédiaire d'une sonde, présente de nombreux inconvénients; sans compter qu'il est inefficace chez les sujets bien déterminés à rejeter par la bouche les aliments introduits, il risque de produire des lésions directes du nez, de l'arrière-gorge, d'introduire des parcelles alimentaires dans l'arrière-cavité des fosses nasales ou dans les voies aériennes.

C'est Pinel qui recourut le premier à une sonde. On se sert généralement de la sonde œsophagienne qui par la seule répugnance qu'elle cause peut faire cesser le refus surtout chez les hystériques[1]. On l'introduit de préférence par les narines soit par l'une, soit par l'autre, suivant qu'elles sont plus ou moins perméables. L'introduction par les narines nécessite moins de lutte : mais on ne peut se servir que d'une sonde peu volumineuse moins favorable à l'introduction d'aliments demi solides. Lorsqu'il existe un obstacle infranchissable, on est réduit à introduire la sonde par la bouche; il faut alors la protéger en plaçant

1. Harris-Liston, *Artificial feeding of the insane* (*Brit. méd. journ.*, 1897, I, p. 391).

entre les dents un coin de bois tendre qui empêche le patient de la mordre.

On peut facilement éviter de blesser la paroi postérieure du pharynx en se servant d'une sonde molle et mousse et surtout en se rappelant qu'il n'est jamais nécessaire de pousser quand on est dans la bonne voie. Lorsque la sonde, qu'il faut prendre longue comme les tubes à lavage, a pénétré dans l'œsophage, elle entre sans obstacle dans toute sa longueur; si elle avait fait fausse route dans les voies aériennes, outre l'anxiété du malade, l'impossibilité de parler où il se trouve, on en est prévenu par l'impossibilité de pénétrer plus loin que la bifurcation de la trachée.

Les liquides injectés doivent être tièdes ou chauds; les liquides froids révoltent l'estomac et provoquent souvent l'indigestion.

Il faut avoir soin que les aliments à introduire soient convenablement délayés, de façon à ne pas oblitérer les orifices de la sonde, et ne soient pas à une température trop élevée; ils peuvent être introduits soit à l'aide d'un entonnoir, soit à l'aide d'une seringue ou d'une pompe stomacale ou d'un irrigateur.

Febvré[1] a imaginé un appareil assez compliqué indiquant la température, le niveau du liquide, qui ne paraît pas destiné à remplacer les appareils plus simples. Il faut trois gardes au moins pour pouvoir introduire avec sécurité la sonde stomacale ; le malade étant assis sur un lit ou sur un fauteuil, un aide maintient la tête dans une position fixe, et les deux autres maintiennent chacun un bras et une jambe.

Lorsqu'on retire la sonde une fois l'opération terminée, il faut avoir la précaution d'obturer avec le doigt l'orifice libre de la sonde pour éviter la chute des parcelles alimentaires dans les voies aériennes quand l'autre extrémité de la sonde passe au niveau du larynx. L'introduction de corps étrangers dans le larynx à ce temps de la manœuvre ne peut guère causer d'accidents graves, mais elle est au moins propre à augmenter la répugnance du malade.

Quand l'opération est terminée, il est bon de faire marcher le malade, ou au moins de le tenir assis pour éviter la régurgitation d'autant

1. Marandon de Montyel, *L'appareil d'alimentation forcée du Dr Febvré*, (*Rev. de Psychiatrie*, 1898, p. 124).

plus à craindre que les injections sont plus espacées et plus abondantes.

On peut sans inconvénient injecter deux fois par jour deux litres de liquide. Cependant si cette quantité paraissait fatiguer l'estomac ou provoquer des digestions pénibles ou de la diarrhée, il faudrait multiplier les injections moins abondantes. L'alimentation artificielle bien faite peut être tolérée à peu près indéfiniment : Marcé l'a continuée pendant cinq ans sans inconvénient[1].

Le refus des aliments est souvent dû à un état pathologique des fonctions digestives. La paresse de l'estomac favorise l'accumulation des matières dans sa cavité et cette accumulation peut être l'origine de troubles d'origine septique contre lesquels on a préconisé le lavage de l'estomac[2]. Le ralentissement des mouvements de l'intestin peut aussi donner lieu a des phénomènes d'auto-intoxication auxquels on remédie par la méthode antiseptique.

1. Marcé, *Traité pratique des maladies mentales*, 1862, p. 208.

2. Frossard, *Du lavage de l'estomac dans la sitiophobie des aliénés*, th. 1890.

Le refus des aliments ne va guère sans le refus des médicaments ; on doit avoir recours aux injections hypodermiques. Les instruments qui servent à ces opérations doivent être tenus dans la plus stricte asepsie : les infections locales sont d'autant plus à craindre chez ces malades qu'ils ont moins soin de leur personne et que leur nutrition est plus défectueuse.

Parmi les malades qui méritent quelques précautions spéciales, il faut encore citer les paralytiques généraux. Ces malades, en effet, avant d'être déments, présentent souvent des alternatives d'excitation et de dépression, des impulsions sans motif appréciable, s'échappent au moment où on s'y attend le moins ; et ils offrent des troubles somatiques tout aussi variés : tantôt, alertes vigoureux, tantôt courbaturés, ne tenant plus sur leurs jambes. Il faut tenir compte de cette variabilité de leur état physique dans les exercices qu'on leur impose. Comme les déments, il faut les surveiller sans cesse dans leurs promenades et en particulier à la descente et à la montée des escaliers. Il faut retenir en outre que ces malades sont

sujets à des accidents paroxystiques, attaques épileptiformes au apoplectiformes, qui sont particulièrement déterminées par certaines excitations, l'exposition à la chaleur excessive du soleil, par exemple, les chocs de toute nature.

Dans le cas d'attaques de ce genre, il faut coucher le malade, la tête un peu élevée, et provoquer un appel du sang vers les extrémités inférieures, par l'application de sinapismes; il est bon aussi de vider l'intestin par un lavement purgatif.

Les troubles de la nutrition sont nombreux et fréquents chez les paralytiques généraux : il peuvent porter sur tous les tissus; la peau est quelquefois atteinte de gangrènes locales[1] précédées par l'apparition d'une plaque rouge et à évolution très rapide différant par conséquent des ulcérations qui se produisent lentement en raison du décubitus prolongé.

Les paralytiques généraux sont sujets à des accès de suffocation qui tiennent à la paralysie des muscles du pharynx et de la langue qui rend la déglutition laborieuse, et à leur glou-

1. T.-C. Shaw, *On so culled bed-sores in the insane* (*S'Bartholomews hosp. Rép.*, 1873, t. VIII, p. 130.

tonnerie. Il est bon de ne mettre à leur disposition que des cuillers de petites dimensions.

On peut recourir aux lavements nutritifs constitués de peptone, d'œuf et de lait. Idsall indique comme maximum quotidien de la tolérance rectale 750 centimètres cubes de lait et six jaunes d'œuf.

Quant à l'alimentation sous-cutanée par l'albumine elle est non seulement inutile mais toxique; c'est un empoisonnement rénal[1].

Les malades qui sont sujets à des attaques épileptiques doivent être l'objet d'une surveillance particulière. On ne doit pas les laisser séjourner dans des endroits où ils pourraient être exposés à tomber dans le feu ou dans l'eau ; on doit éviter de les laisser circuler dans les endroits élevés d'où les chutes seraient particulièrement dangereuses. Il faut leur interdire certains exercices comme l'équitation, l'escrime. Il faut retenir qu'en général tous les exercices violents, comme toutes les émotions, les excitations immodérées, sont capables de déter-

1. P. Gimbal, *De la sitiophobie et de son traitement*, th. 1901.

miner des attaques : la fatigue sous toutes ses formes peut amener le même résultat.

Un grand nombre de ces malades sont avertis de leurs attaques par des sensations spéciales ou même par des troubles appréciables pour les personnes qui les entourent. Tantôt ce sont des secousses musculaires, tantôt ce sont des bâillements, une inquiétude particulière, une agitation inaccoutumée. Il faut alors se tenir en garde et tâcher de faire placer le malade dans une situation telle qu'il ne se blesse pas dans la chute que l'on prévoit. Quelques malades savent parfaitement que leur attaque est suspendue par certaines manœuvres, comme la torsion d'un membre, la constriction avec un lien circulaire, etc., par une excitation de la peau à l'aide de l'eau froide ; d'autres arrêtent leur attaque en avalant un verre d'eau, etc. Lorsque l'on connaît ces particularités, il faut à la moindre alerte venir au secours du malade et l'aider à accomplir la manœuvre salutaire quelle qu'elle soit. Quant aux autres procédés de suspension, on ne doit y avoir recours que sur un avis du médecin.

Les mesures à prendre contre l'accès d'épi-

lepsie sont surtout des mesures de préservation, ayant pour but d'éviter les blessures et les suffocations.

Lorsqu'un épileptique est surpris par un accès pendant son repas, il faut le coucher sur le côté, enlever les aliments qu'il a dans la bouche en évitant de les pousser dans l'arrière gorge. Cette intervention n'a pas cessé d'être utile quand les convulsions sont terminées; souvent quand le malade revient à lui il fait une large inspiration, et les matières qui restent dans la bouche peuvent être précipitées dans les voies aériennes et la mort s'en suivre.

Lorsqu'on est prévenu de la chute par la pâleur du visage ou tout autrement, il faut protéger autant que possible le malade contre le choc, l'étendre horizontalement sur le dos, la tête plutôt renversée en arrière, et le maintenir de telle sorte que les mouvements violents et répétés n'amènent pas de contusions. Il est rare qu'on arrive à temps pour interposer entre les mâchoires un corps résistant et non fragile comme un morceau de bois tendre pour empêcher la morsure de la langue. Les vêtements sont relâchés principalement au col, et on ouvre

largement les fenêtres pour suppléer autant que possible par un air plus pur aux difficultés mécaniques de la respiration.

Lorsque les malades ont des accès très fréquents, et sont à chaque accès précipités violemment et inopinément sur la tête, il est bon de leur faire porter une coiffure appropriée, formant bourrelet, qui les préserve contre les chocs.

Certaines précautions particulières doivent être prises pour la nuit. Un bon nombre d'épileptiques peuvent suffoquer pendant les attaques nocturnes, soit qu'ils soient étranglés par leurs vêtements ; soit que, s'étant retournés la face contre l'oreiller ils soient étouffés, soit encore qu'il se soient enroulés dans leurs couvertures. Il faut donc faire en sorte que les paroxysmes ne passent pas inaperçus, et le garde-malade doit prendre ses précautions pour être sûrement mis en éveil.

On peut prévenir le danger des chutes dans les attaques nocturnes, en couchant les malades dans des lits très bas ou garnis de balustrades latérales. Lorsque ces balustrades sont capitonnées, elles sont très efficaces contre les trau-

matismes ; mais elles sont un obstacle à la surveillance, et augmentent le danger de suffocation.

On a essayé de prévenir le danger de suffocation en donnant aux épileptiques des oreillers en varech ou en crin qui sont plus perméables à l'air que les oreillers de plume ; mais cette précaution est insuffisante à elle seule, et rien ne saurait remplacer une surveillance étroite, toujours indispensable.

La mort par suffocation peut encore se produire pendant la période d'épuisement qui suit l'accès ; la paralysie des muscles de la langue permettant, lorsque le malade est couché sur le dos, la chute de cet organe vers l'orifice supérieur des voies respiratoires, il se produit une gêne toute mécanique de la respiration que l'on peut soulager en faisant incliner la tête de côté : la langue tombe latéralement par son propre poids et la gêne respiratoire diminue instantanément.

On doit respecter le sommeil des épileptiques après leur accès. La suppression de ce sommeil produit souvent sur eux des douleurs de tête persistantes, et prolonge la dépression.

Le traitement des épileptiques mérite une surveillance étroite. Les quelques médicaments qui ont sur eux une heureuse action n'agissent qu'à la longue et à condition d'être administrés d'une façon régulière. Lorsque les accès ont été suspendus pendant un certain temps, il ne faut pas s'abandonner à une sécurité trompeuse et permettre le moindre relâchement. Il arrive souvent que sous l'influence de la suspension du médicament, du bromure de potassium en particulier, le malade présente coup sur coup une série d'accès, qu'il tombe comme on dit en état de mal, et qu'il succombe en liquidant en une journée son arriéré de quelques mois.

Enfin la médication bromurée, qui est en général bien supportée, peut amener à la longue, non seulement des éruptions cutanées, qu'il est important de signaler au médecin, mais des phénomènes de dépression générale qui pourraient se terminer par la mort si l'on n'intervenait à temps, par la suspension du médicament et par des purgatifs énergiques. On peut diminuer les dangers de ce genre d'intoxication en faisant absorber ordinairement une large quantité de liquides en dehors des repas en surveil-

lant la propreté de la peau qu'on entretient par des bains fréquents et surtout en recourant à l'antisepsie cutanée, buccale, intestinale [1].

En dehors de ces conditions physiques, les épileptiques méritent encore une surveillance spéciale : soit avant, soit après leurs accès convulsifs, soit même dans leurs intervalles, ils peuvent présenter des accès d'excitation, des impulsions violentes, homicides, suicides ; quelquefois ils s'enfuient. Les épileptiques présentent d'ailleurs des irrégularités de caractère dont il faut prendre bonne note. Ils ont besoin d'être tenus avec fermeté et droiture.

Wildermuth fait remarquer avec raison que l'incurabilité dont ils se rendent souvent compte excusent bien leur tristesse et leur aigreur [2] ; c'est avec de la pitié qu'il faut lutter avec eux.

Les gardes-malades qui sont commis à la surveillance des hystériques doivent aussi avoir

1. Ch. Féré, *Traitement de l'épilepsie in Traité de thérap. appliquée de Robin*, XV, p. 65.

2. Wildermuth, *Ueber die Aufgaben des Pflegepersonals bei Epileptischen* (*Die Irren pflege*, 1898, nos 11 et 12.)

quelques notions générales sur le caractère de ces malades. Instabilité, exagération, simulation, dissimulation, perversité, obstination, tels sont les principaux traits du caractère des hystériques. Avec ces malades, il faut s'attendre à toutes les supercheries, à toutes les accusations fausses, à la simulation de tous les troubles possibles. Il ne faut cependant pas accueillir avec un scepticisme non raisonné les plaintes des hystériques[1]. En matière d'hystérie plus qu'en aucune autre, si l'on ne doit jamais recevoir aucune chose pour vraie sans la connaître évidemment être telle, suivant le principe de Descartes, on ne doit pas non plus la recevoir pour fausse sans avoir acquis la même connaissance évidente.

Les hystériques doivent être menés avec fermeté et modération. Il faut se souvenir que si les femmes hystériques font souvent des fausses tentatives de suicide, elles sont cependant capables d'attenter sérieusement à leur vie. Quant aux hommes, ils ont presque tous un fond mélancolique plus prononcé et font sou-

1. Ch. Féré, *Les douleurs hystériques et la simulation* (*Revista de neurologia et psychiatria;* Lisboa; 1888. p. 121).

vent des tentatives sérieuses de suicide. Ces malades ont souvent des perversions de l'appétit, et à cet égard ils méritent une surveillance spéciale. Il ne faut pas laisser à leur portée les aliments nuisibles qui excitent particulièrement leurs convoitises maladives, ni les boissons spiritueuses qui pourraient les tenter, ni les médicaments dont ils pourraient se servir pour s'empoisonner.

Pour les femmes, en particulier, lorsqu'elles manifestent du dégoût pour les aliments, il faut les surveiller attentivement à leurs repas, elles sont capables de tours de force de prestidigitation pour faire disparaître les aliments qu'elles ne veulent pas prendre. Quelques-unes de ces malades qui ne mangent pas parce qu'elles veulent rester maigres, ont l'habitude de se serrer d'une façon excessive. Quelquefois elles trompent la surveillance en portant un corset relativement lâche ; mais elles tiennent sous leur chemise une ceinture ou même des cordes. D'autres poursuivent leur idée d'amaigrissement en faisant des marches excessives ; il faut les obliger au repos.

Les hystériques sont sujettes à des attaques

syncopales et à des attaques convulsives, tantôt légères et sans perte de connaissance, tantôt graves avec perte plus ou moins complète de la connaissance. Les premières crises ne nécessitent que des soins peu importants, on relâche les vêtements, on place la malade dans le décubitus horizontal, on pratique quelques flagellations avec un linge mouillé, et les choses rentrent dans l'ordre au bout de peu de temps. Dans les grandes attaques qui caractérisent surtout l'hystéro-épilepsie, il faut prendre à peu près les mêmes mesures de protection que dans l'épilepsie. Pourtant, en général les hystériques ne sont pas surprises aussi brusquement par leurs attaques ; elles ont en général, le temps de choisir leur place pour tomber, ne se mordent pas la langue, n'urinent pas dans leurs vêtements, n'ont pas de stupeur, et ne courent aucun danger de suffocation.

Les sensations qui préviennent les hystériques de leurs attaques sont quelquefois de nature à permettre d'en arrêter l'explosion. Certaines douleurs de tête qui sont soulagées par la compression manuelle, peuvent être complètement suspendues par une compression contenue soit

à l'aide d'une bande enroulée autour de la tête, soit à l'aide d'un bandage approprié, soit avec une calotte compressive capitonnée avec du plomb de chasse [1]. Les hystériques, qui ont une sensibilité permanente de l'ovaire ou des testicules, voient quelquefois leurs attaques suspendues ou arrêtées par la compression de ces organes. La compression de l'ovaire peut s'effectuer à l'aide des mains que l'on enfonce à la partie inférieure de l'abdomen en dedans de la saillie de l'os iliaque, jusqu'à ce que l'on sente l'artère iliaque battre en dehors. Sans aucune connaissance anatomique spéciale, on apprend facilement à comprimer telle malade donnée à l'endroit convenable. La compression peut être faite d'une manière permanente à l'aide d'appareils spéciaux [2]. Les personnes qui ont la charge d'une hystérique doivent se garder de raconter l'histoire des malades qu'elles ont eu à soigner antérieurement ou tout autre accident pathologique : ces sujets se laissent facilement suggé-

1. Ch. Féré, *Note sur la compression dans le traitement de quelques céphalées hystériques* (*Bull. Soc. Biol.*, 1887, p. 131).

2. Ch. Féré, *Compression de l'ovaire* (*Progrès médical*, 1881, p. 941).

rer des troubles fonctionnels qui s'ajoutent à leur maladie.

Lorsque les malades reviennent à la santé, c'est rarement d'une manière brusque[1], la convalescence, ordinairement graduelle, s'établit de façons très différentes; tantôt l'aliéné se réveille comme d'un rêve, ne conserve qu'un souvenir vague de ce qui s'est passé depuis le commencement de la maladie, tantôt même il n'en a conservé aucun souvenir. Même lorsqu'il semble avoir conservé la mémoire parfaite de tous les événements qui se sont succédé, on peut dire qu'il ne s'agit pas de souvenirs analogues à ceux de l'homme sain, les représentations sont beaucoup moins fidèles et moins sûres. Il faut faciliter l'oubli en évitant de rappeler au malade aucune circonstance de sa maladie. A ce point de vue, le traitement dans les maisons privées présente de grands avantages, puisque l'on peut modifier à volonté la disposition de l'ameublement et du personnel qui entoure le malade. Il faut épier les dernières

1. Rhys Williams, *Some cases of sudden recovery from mental diseases* (*St-Thomas's hosp. rep.* 1875, t. VI, p. 97).

modifications psychiques qui se présentent, la moindre trace d'excitation ou de dépression surtout, si ces troubles psychiques s'accompagnent de troubles somatiques. Il faut tâcher de retenir le malade dans la discipline et ne pas le laisser se livrer à des exercices trop violents ou prolongés, aux fatigues d'esprit, aux émotions ; la moindre décharge de ce genre est capable d'amener une rechute, et trop souvent la rechute est le prélude de la chronicité.

Plusieurs asiles et des maisons de santé privées de l'étranger possèdent des annexes, soit à la campagne, soit au bord de la mer, où sont envoyés les convalescents, avant de rentrer dans leur famille. Cette modification de milieu paraît avoir une heureuse action que l'on peut obtenir aussi dans le traitement de famille.

Il ne faut pas se laisser tromper par des apparences de convalescence ou de guérison et ne pas perdre de vue que la convalescence véritable des maladies psychiques ne s'effectue jamais sans une restauration parallèle des fonctions animales et en particulier sans le retour du sommeil normal. Dans les délires aigus des fièvres, il arrive quelquefois que le malade en

pleine agitation maniaque reprend tout à coup sans atténuation de symptômes physiques une lucidité extraordinaire qui n'est que le présage d'une mort prochaine. On voit quelquefois les mêmes retours chez les aliénés chroniques à l'article de la mort. Chez les imbéciles, les idiots ou les déments, l'excitation fébrile d'une maladie aiguë peut aussi provoquer une exaltation passagère de l'intelligence sur laquelle il ne faut pas baser l'espoir d'une guérison.

CHAPITRE X

SOINS A DONNER AUX ALIÉNÉS DANS QUELQUES CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

En dehors des soins généraux convenant à la plupart des aliénés ou à quelques catégories particulières de malades, les personnes chargées de les assister doivent être préparées à les secourir dans quelques circonstances où la présence d'esprit est d'autant plus nécessaire qu'elles sont plus exceptionnelles.

Il est de première nécessité de ne laisser à la portée des malades aucun médicament et en particulier aucun médicament toxique ; et il est indispensable, lorsqu'on leur en administre, de constater s'ils les prennent réellement. Quelques-uns peuvent s'emparer de médicaments ou économiser des doses quotidiennes pour les avaler plus tard en masse, dans un but de suicide.

Malgré ces précautions, il peut arriver qu'un

aliéné s'empoisonne, en particulier avec l'opium qui lui est si souvent prescrit, ou avec la morphine.

L'empoisonnement par l'opium et ses dérivés se caractérise principalement par un sommeil profond, comateux, une contraction extrême des pupilles qui sont insensibles à la lumière, une respiration extrêmement lente et pénible. Lorsque l'ingestion est récente, il faut tâcher de faire évacuer une partie du poison par le vomissement, en donnant le sirop d'ipéca ou une grande quantité d'eau tiède, si on n'a pas autre chose sous la main, et en provoquer mécaniquement le rejet en introduisant les doigts dans la gorge. S'il est trop tard pour faire rejeter le médicament, il faut essayer de contrebalancer son action en donnant du café très fort ou du thé.

Les aliénés peuvent d'ailleurs faire des tentatives d'empoisonnement avec toutes les substances qui leur tombent sous la main. Les personnes qui en ont la charge doivent donc savoir que les antidotes des alcalis sont les acides faibles, le vinaigre, le jus de citron ou d'orange, le cidre ; pour les acides, la magnésie, l'eau de

savon, l'eau de chaux, les bicarbonates de soude et de potasse, le lait, l'huile, l'eau albumineuse, l'eau gommeuse. Parmi les substances qui ont le plus de chances de tomber entre les mains des malades, il faut citer le sel d'oseille (boissons émollientes, chlorure de calcium), le phosphore (eau albumineuse, eau de chaux, lait, inhalations d'oxygène), la strychnine (vomitifs, café, bromure de potassium, 6 ou 8 grammes), le sublimé (vomitifs, eau albumineuse, eau sulfureuse, stimulants).

Lorsque les aliénés se font des plaies dans un but de suicide ou de mutilation, il faut être en mesure de leur porter un secours immédiat. Si la plaie est superficillee, n'atteint que la peau et ne donne lieu qu'à un écoulement de sang en nappe, on peut se borner, après avoir nettoyé la plaie, à exercer une légère compression avec du linge imbibé d'un liquide antiseptique ou d'eau alcoolisée ; si l'écoulement sanguin est plus abondant, il faut essayer des applications d'eau froide ou de glace ou d'eau aussi chaude que le malade peut la supporter ; si le sang s'écoule en jet, il faut comprimer au-dessus et au-dessous de la plaie, en tâtonnant, jusqu'à

ce qu'on arrive à supprimer l'écoulement ; alors on maintient la compression avec le doigt ou avec une clef enveloppée de linge, jusqu'à ce qu'un médecin puisse venir porter secours.

Dans le cas de fracture, de luxation, d'entorse, il faut se contenter de coucher le malade sur un lit, débarrasser la partie malade des vêtements qui la couvrent, en les décousant ou en les coupant, de telle sorte que le membre soit aussi peu déplacé que possible, et on se contente de le mettre sans effort dans une position aussi rapprochée que possible de celle que le même membre du côté opposé occupe spontanément.

Les aliénés et en particulier les paralytiques généraux et les déments ont souvent une fragilité morbide des os qui se cassent sous le moindre effort; aussi la règle c'est de ne jamais négliger d'avertir le médecin quand un malade a reçu un choc ou a fait une chute ; une fracture de côte négligée peut avoir des suites mortelles et il en est de même d'autres lésions accidentelles qui peuvent passer inaperçues.

L'asphyxie peut se produire chez les aliénés par des procédés très divers. Quelques-uns, en

particulier les déments et les paralytiques généraux, mangent souvent avec gloutonnerie, avalent des morceaux demesurés et non mâchés ; il peut en résulter une obstruction de la partie supérieure des voies aériennes. Il faut placer le malade la face en bas, la tête penchée, et introduire le doigt dans le fond de la gorge, en suivant la paroi latérale de la bouche, de façon à pouvoir accrocher le corps étranger latéralement ou au pis aller irriter le pharynx pour provoquer le vomissement.

Les malades peuvent faire des tentatives de pendaison ou de strangulation, enfin ils peuvent se noyer. Dans ces différents cas, il peut être nécessaire de faire la respiration artificielle le plus rapidement possible, après avoir fait cesser la strangulation ou la submersion. Pour cela, après avoir débarrassé la bouche de tout ce qui peut obstruer le passage de l'air, on met à nu le cou et la poitrine ; le corps couché à plat sur le dos est revêtu de couvertures légères et chaudes. Pendant qu'un aide tient la bouche ouverte et attire la langue en avant pour que sa base ne tombe pas par son propre poids sur l'orifice des voies aériennes, on se place

derrière la tête du sujet, on saisit ses deux bras au niveau des coudes et on les attire fortement en dehors vers soi pour élever les côtes aussi fortement que possible, puis on ramène les bras contre les côtes en les pressant pour provoquer l'expiration. On répète cette manœuvre dix-sept à vingt fois par minute, et tant qu'on a lieu d'espérer la survie, on la prolonge pendant vingt ou trente minutes.

La syncope est due à l'anémie du cerveau ; quand on voit un malade pâlir et perdre connaissance, il faut l'étendre à plat sur le dos et débarrasser son cou, sa poitrine, sa ceinture de tout ce qui peut les comprimer, et faire prévenir le médecin.

TABLE DES CHAPITRES

PREMIÈRE PARTIE

L'ASSISTANCE DES ALIÉNÉS DANS LES FAMILLES

DEUXIÈME PARTIE

SOINS GÉNÉRAUX AUX ALIÉNÉS DANS LES FAMILLES

TABLE DES AUTEURS

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES

ÉVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY

La fatigue et l'entraînement physique, par le Dr PH. TISSIÉ, préface de M. le professeur BOUCHARD, avec grav. 2e édit. 4 fr.

Morphinisme et morphinomanie, par le Dr P. RODET (*Ouvrage couronné par l'Académie de médecine*). . . . . 4 fr.

Hygiène de l'alimentation dans l'état de santé et de maladie, par le Dr J. LAUMONIER, avec gravures. 3e édition . . . . . 4 fr.

L'alimentation des nouveau-nés. *Hygiène de l'allaitement artificiel*, par le Dr S. ICARD, avec 60 gravures (*Ouvrage couronné par l'Académie de médecine*) . . . . 4 fr.

L'hygiène sexuelle et ses conséquences morales, par le Dr S. RIBBING, prof. à l'Université de Lund (Suède). 2e édit. . 4 fr.

Hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens, par le Dr F. LAGRANGE, lauréat de l'Institut. 7e édition . . 4 fr.

De l'exercice chez les adultes, par *le même*. 4e édit. 4 fr.

Hygiène des gens nerveux, par le Dr LEVILLAIN. 4e édition. 4 fr.

L'idiotie. *Psychologie et éducation de l'idiot*, par le Dr J. VOISIN, médecin de la Salpêtrière, avec gravures . . . . 4 fr.

La famille névropathique. *Hérédité, prédisposition morbide, dégénérescence*, par le Dr CH. FÉRÉ, médecin de Bicêtre, avec gravures. 2e édition . . . . 4 fr.

L'éducation physique de la jeunesse, par A. MOSSO, professeur à l'Université de Turin . . . . 4 fr.

Manuel de percussion et d'auscultation, par le Dr P. SIMON, prof. à la Faculté de médecine de Nancy, avec gravures . . 4 fr.

De la même collection :

COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE

De M. le Professeur FÉLIX TERRIER

Membre de l'Académie de médecine,
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris

---

Petit manuel d'anesthésie chirurgicale, par les Drs Félix TERRIER et M. PÉRAIRE, avec 37 gravures. . . . . 3 fr.

Petit manuel d'antisepsie et d'asepsie chirurgicales, par *les mêmes*, avec gravures. . . . . 3 fr.

L'opération du trépan, par *les mêmes*, avec 222 gravures. 4 fr.

Chirurgie de la face, par les Drs FÉLIX TERRIER, GUILLEMAIN, chirurgien des hôpitaux, et MALHERBE, avec 214 gravures. . 4 fr.

Chirurgie du cou, par *les mêmes*, avec 101 gravures. . . . 4 fr.

Chirurgie de la plèvre et du poumon, par les Drs FÉLIX TERRIER et E. REYMOND, avec 67 gravures. . . . . 4 fr.

Chirurgie du cœur et du péricarde, par *les mêmes*, avec 79 gravures . . . . 3 fr.

ENVOI FRANCO CONTRE MANDAT-POSTE

